COLLECTION

DES THÈSES

SOUTENUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

AN 1830.

TOME QUATRIÈME.

THÈSE 96 à 129.

THE PROPERTY OF THE N. YORK HOSPITAL.

PARIS.

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Maçons-Sorbonne,

N°. 13.

THE
PROPERTY
OF THE
LAKE LIBRARY

P232

DES

N° 96.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE

ET DE LEUR TRAITEMENT,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 mai 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR FRANÇOIS-JULIEN-SINCÈRE RACINE, de Jort,

Département du Calvados.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1830.

27558

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Suppléant.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Suppléant.*
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PASQUIER FILS,

Membre de la Légion-d'Honneur; Chirurgien des Invalides, de la Chambre des Pairs et de la Maison S. A. R. Monseigneur le Duc d'Orléans, etc., etc.

F.-J.-S. RACINE.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/collectiondesthe0004vari

AVANT-PROPOS.

Mon intention n'est pas de donner ici un traité complet des rétrécissemens de l'urètre, un sujet aussi important exigerait trop de temps, trop d'expérience ; je me suis restreint aux observations que j'ai pu faire pendant mes études médicales, et je m'abstiendrai de prononcer sur les points où l'expérience ne m'a rien appris. Tant de dissidence existe entre les praticiens sur le traitement de ces affections, que j'ai dû m'attacher principalement à cette partie de mon sujet, la plus intéressante pour l'humanité. Pour arriver à un résultat satisfaisant, j'ai suivi assidûment les leçons de nos plus grands chirurgiens ; me dépouillant de toute prévention, abjurant toute idée théorique, je n'ai point formé mon opinion sur celle de mes maîtres, mais sur le résultat de leur pratique, persuadé que l'expérience est le guide le plus sûr pour nous conduire à la vérité. En suivant les hôpitaux, je n'ai pour ainsi dire vu employer que la dilatation, là j'ai pu apprécier ses avantages et ses dangers ; mais, voulant profiter de mes observations, j'ai suivi plusieurs malades après leur sortie, lorsqu'ils étaient rendus à leurs habitudes sociales ; c'est de cette manière que j'ai acquis par moi-même la pénible conviction de l'insuffisance de ce traitement. Un petit nombre de fois seulement j'y ai vu pratiquer la cautérisation, soit avec les instrumens de *Ducamp*, soit avec la

sonde de M. *Lallemand ;* mais ces observations étaient trop peu nombreuses pour m'éclairer; et si j'avais établi mon jugement sur elles seules, j'avoue qu'il aurait été défavorable à la cautérisation, tant il est vrai qu'une opération aussi délicate, et dont les succès sont si incontestables, réclame non-seulement une grande habileté, mais encore les avis d'un homme accoutumé depuis long-temps à la pratiquer. Une circonstance heureuse me tira de cette pénible incertitude : admis aux consultations de M. *Pasquier,* j'ai pu observer les nombrenx malades qui viennent se confier à ses soins, et asseoir mon jugement sur un grand nombre de faits. A l'appui de ce que je dirai, je citerai des faits toutes les fois que je le croirai nécessaire ; la plupart ont été recueillis aux consultations de M. *Pasquier.* Je me dispenserai de donner des observations détaillées jour par jour ; elles n'auraient servi qu'à allonger ma dissertation sans la rendre plus intéressante.

DES

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE

ET DE LEUR TRAITEMENT.

Rétrécissement de l'urètre.

La plupart des personnes qui écrivent sur les maladies d'un organe commencent par en donner une description anatomique plus ou moins complète ; cette coutume, utile quand on a de nouveaux résultats à faire connaître, me semble dénuée de tout intérêt lorsqu'on se borne à répéter ce que les anatomistes ont écrit sur cet organe. Je me crois donc justifié d'avance de n'avoir pas parlé de la structure de l'urètre, de sa forme, de sa longueur, etc. ; ces détails n'auraient servi qu'à fatiguer l'attention de mes juges, sans jeter le moindre jour sur les affections qui m'occupent.

J'entends par rétrécissement de l'urètre tout état morbide développé dans les parois de ce canal et capable d'en diminuer le diamètre. Cet état morbide est ou momentané ou permanent ; le premier n'est qu'un changement subit et de peu de durée survenu dans la vitalité des parties constituantes de l'urètre, le second est dû à des productions nouvelles survenues à l'occasion de certaines causes accidentelles qui ont agi sur ce canal.

Les rétrécissemens temporaires sont ou spasmodiques ou inflammatoires ; on les rencontre chez des individus qui ont l'urètre exempt de tout obstacle, et bien plus souvent chez ceux qui ont des rétrécissemens. Comme, par la suite, je serai ramené sur ce dernier point, ce que j'en dirai ici ne devra s'entendre que de ces affections lorsque l'urètre est tout à fait libre.

Le spasme de l'urètre, mis en doute par certains auteurs, admis par d'autres dans un grand nombre de cas, se montre quelquefois d'une manière si distincte, qu'il faut vouloir se refuser à toute évidence pour ne pas le reconnaître. Un homme se présente avec tous les symptômes rationnels de la pierre, on le sonde, pour donner toute la certitude possible au diagnostic, et on arrive facilement dans la vessie ; le lendemain, au moment de faire l'opération, on trouve la verge contractée, le cathéter est arrêté dans l'urètre, on cesse toute tentative, et au bout de quelques instans il arrive presque spontanément dans la vessie. Dans une semblable circonstance la violence ne sert qu'à augmenter la force de l'obstacle et à faire éprouver de vives douleurs au malade ; heureux encore si de grands désordres ne sont pas produits par la conduite imprudente et mal entendue de ces chirurgiens qui veulent à tout prix vaincre par la force des obstacles que la patience seule peut surmonter. A qui n'est-il pas arrivé, en pratiquant le cathétérisme, de sentir l'instrument saisi par l'urètre, de telle sorte qu'il est impossible de le faire pénétrer plus profondément, et même de le retirer ? A la même cause peut être rapporté le fait suivant, qui me semble assez curieux pour trouver place ici. Un homme avait été traité d'un rétrécissement de l'urètre par M. *Pasquier ;* cinq ans s'étaient écoulés sans qu'aucun symptôme de récidive fût survenu, lorsqu'il contracta une blennorrhagie qui se dissipa sous l'influence des antiphlogistiques et du baume de copahu ; il s'imagina que cette blennorrhagie ferait renaître la rétention d'urine dont il avait été atteint autrefois, et ce qu'il avait prévu arriva. Cependant une bougie du plus gros calibre pénétrait dans la vessie sans éprouver le moindre obstacle. M. *Pasquier* lui conseilla de faire usage de petites bougies

en cire, et toutes les fois qu'il voulait uriner il était obligé d'en mettre une dans l'urètre. Voyant que chez cet homme l'imagination était plus plus malade que le canal, M. *Pasquier* lui conseilla des bougies en gomme élastique, en lui disant que les bougies en cire étaient un peu irritantes, et qu'elles pouvaient bien entretenir la rétention ; il suivit ce conseil, et au bout de quelques jours il urinait sans employer aucun moyen factice. Ce spasme se montre dans toutes les parties de l'urètre : la crainte, la pudeur, l'irritabilité de l'urètre, la sensibilité générale de l'individu, sont les causes principales de ce rétrécissement, qui disparaît quelquefois de lui-même. Mais souvent on emploie avec avantage l'opium, soit en injection dans le rectum, soit en suppositoire.

Le rétrécissement inflammatoire, dû au gonflement des tissus qui composent l'urètre, existe vers le col de la vessie ; il est ordinairement compliqué du spasme de cette partie ou du gonflement de la prostate ; on le voit apparaître dans le cours d'une blennorrhagie à la suite d'excès de femmes, de table, après l'emploi d'injections pour arrêter l'écoulement, ou bien après l'usage immodéré de cantharides pour ranimer les organes sexuels. Porté à un certain degré il produit une rétention d'urine complète. Douleurs vives, ténesme vers le col de la vessie, douleurs à l'hypogastre s'irradiant vers les reins et les aines, tumeur au-dessus des pubis, nausées, vomissemens, ischurie, soif ardente, fièvre, tels sont les symptômes de cette affection. Appelé auprès de ce malade, le chirurgien doit employer les antiphlogistiques, pratiquer le cathétérisme, comme je le dirai plus tard, ne jajamais employer la force, et toujours lui préferer la ponction de la vessie.

Rétrécissemens permanens.

Les rétrécissemens qui sont dus à une production morbide développée dans les parois de l'urètre sont loin d'être toujours identiques. Le peu d'occasions que l'on a d'observer après la mort les personnes qui portent de ces rétrécissemens fera que, pendant long-temps, ce

point d'anatomie pathologique offrira de l'obscurité. Combien y a-t-il d'espèces de rétrécissemens? Quel est leur siége? Ce sont des questions que je ne prétends pas résoudre. J'y renonce d'autant plus volontiers, que je considère leur solution comme entièrement inutile pour la pratique, persuadé qu'une fois formés, la connaissance de leur organisation ne peut être établie sur le vivant, et partant ne peut apporter d'amélioration dans leur traitement. Je vais donc me borner à rapporter ce que j'ai vu et ce qui m'a été raconté par des personnes dignes de foi.

1°. *Induration.* La muqueuse de l'urètre est mince, lisse, blanche, et ne ressemble presqu'en rien aux autres muqueuses; elle est susceptible de s'hypertrophier, mais le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent participe toujours à son augmentation de volume. Lorsqu'on fend un canal contenant un de ces rétrécissemens, la face libre de la muqueuse paraît réduite presqu'à rien en ce point : une matière comme gélatineuse semble déposée dans la portion adhérente de cette membrane et dans le tissu cellulaire sous-jacent. L'augmentation d'épaisseur qui en résulte est souvent peu considérable, de manière qu'on peut croire qu'elle n'est pas la seule cause qui empêche l'urine de s'écouler, mais qu'il en existe une autre non moins importante : c'est la perte de l'élasticité de ces parties, élasticité dont jouissent à un si haut degré les parois de l'urètre.

2°. *Cicatrices.* On rencontre des cicatrices dans l'urètre, parce que la muqueuse de ce canal est susceptible de s'ulcérer, comme je le dirai plus tard. Les bords de l'ulcère se rapprochent, froncent la muqueuse qui l'entoure, d'où il résulte une diminution dans le diamètre du canal : les tiraillemens, produits en ce point par le passage de l'urine, peuvent produire un engorgement des parties sous-jacentes, de là, sans doute, la réunion si fréquente des indurations et de petites cicatrices qui font saillie dans le canal. Les rétrécissemens produits par des cicatrices ne se forment pas tous de la même manière :

quelquefois c'est une cicatrice nouvelle qui se rétrécit, comme cela arrive après la cautérisation quand on néglige d'introduire des bougies; d'autres fois ce sont les parois d'un ulcère qui s'accolent, ce qui a lieu quelquefois lorsqu'une sonde à demeure a produit des ulcérations.

3°. *Rétrécissemens fongueux.* Il existe deux espèces de rétrécissemens fongueux : le premier est produit par un ulcère qui se couvre de chairs exhubérantes, et dont les bords sont durs; ce rétrécissement est douloureux et saignant quand on pratique le cathérisme; quelquefois même il laisse écouler quelques gouttes de ce liquide avec les premières gouttes d'urine et par les dernière contractions du canal. Le second se rapproche de l'induration de la muqueuse, mais il est mollasse, élastique, se laisse dilater, et revient aussitôt sur lui-même quand on retire les corps dilatans; il survient à la suite d'introductions souvent répétées de bougies dans l'urètre. Le caustique a peu d'action sur ce rétrécissement; s'il le détruit, on doit toujours craindre une récidive.

4°. *Végétations.* Jamais je n'ai vu de végétations sur le cadavre; mais M. *Pasquier* m'a dit qu'il croyait en avoir rencontré une fois sur le vivant. Une bougie introduite dans l'urètre éprouvait une certaine résistance, repoussait l'obstacle vers la vessie, le déplaçait d'une manière sensible : ce corps jouissait donc d'une certaine mobilité, ce ne pouvait être qu'une végétation pédiculée ou un gravier; mais lorsque c'est celui-ci qui existe, il laisse une rainure longitudinale sur les les bougies en cire qu'on introduit dans le canal. En outre, la végétation dont je parle fut détruite par le caustique; ce n'était donc pas un calcul.

5°. *Rétrécissemens valvulaires.* Quelquefois la muqueuse de l'urètre offre des replis valvulaires, qui mettent un obstacle à l'écoulement de l'urine; cela est rare, mais on en voit : la cautérisation est le seul moyen efficace contre ces anomalies.

6°. *Varices des veines de la prostate et de la muqueuse.* Lorsque les vaisseaux de la prostate se dilatent et qu'ils sont à son centre, ils produisent de grandes douleurs; mais quand ils sont à sa surface, ils soulèvent la muqueuse de l'urètre et diminuent d'autant son diamètre. Une rétention d'urine qui coïncide avec des hémorrhoïdes, qui disparaît avec l'apparition du flux hémorrhoïdal ou par une application de sangsues ne doit point être attribuée à une autre cause. Une bougie en cire, introduite dans le canal, rapporte des dépressions superficielles, inégales, lisses, mamelonnées, comme des impressions produites par les doigts; elles sont tout à fait différentes de celles produites par les autres rétrécissemens. Il faut bien se garder de cautériser dans ce cas, il pourrait en résulter des hémorrhagies considérables, qui mettraient les jours du malade en danger. C'est pour avoir cautérisé dans une pareille circonstance que M. *Pasquier* a abandonné la bougie à empreinte de *Ducamp*, qui ne peut éclairer ce diagnostic, qu'il est cependant si nécessaire d'établir.

Situation. Les rétrécissemens peuvent exister dans toutes les parties de l'urètre; mais le point qu'ils affectent particulièrement est celui qui se trouve sous la symphyse pubienne : quand il n'y en a qu'un, c'est presque toujours là qu'il se trouve ; quand il y en a plusieurs, il y en a au moins un en ce point. La partie de l'urètre où on les rencontre le plus rarement est celle qui se trouve entourée par la prostate. La distance qui sépare ces rétrécissemens du méat urinaire ne peut être déterminée que d'une manière approximative; jamais on ne doit compter l'obtenir d'une manière exacte, car la verge est susceptible de trop de variations, et il est trop difficile de lui faire toujours éprouver le même degré de traction. On ne doit donc jamais se fier aux mesures qu'on obtient pour appliquer le caustique, et celui qui met toute sa confiance en elles devrait avoir assez de prudence pour ne jamais pratiquer cette opération. Peu importe, pour le traitement, qu'ils soient dans la portion droite ou dans la portion courbe, ils réclament les mêmes soins; on peut dire cependant que ceux du

méat urinaire sont comme cornés, plus difficiles à détruire et plus sujets à récidive.

Sensibilité. Les rétrécissemens sont d'autant plus sensibles qu'ils sont plus voisins du gland. On conçoit cependant que cette sensibilité est subordonnée à l'irritabilité du canal, au tempérament plus ou moins nerveux du malade; en général, ils ne sont pas aussi sensibles que les parties saines de la muqueuse : cependant, ceux qui sont produits par des fongosités développées sur des ulcérations jouissent d'une grande sensibilité.

Formes. Le plus ordinairement la forme des rétrécissemens est circulaire, mais il n'en est pas de même à toutes les époques de leur développement. A leur origine, ils n'occupent que la paroi inférieure du canal; c'est seulement à la longue qu'ils deviennent circulaires, et presque toujours ils sont plus prononcés dans le point où ils ont commencé à paraître. Cependant ils peuvent encore être circulaires et avoir commencé sur un autre point; d'autres fois, mais rarement, ils n'occupent qu'une portion de la circonférence du canal.

Nombre, étendue. Les rétrécissemens ont tout au plus une ligne de longueur. Des auteurs ont dit avoir vu des rétrécissemens d'un pouce à un pouce et demi de longueur, mais ils ont commis une erreur; ils ont pris pour un rétrécissement une foule de petits rétrécissemens placés à côté l'un de l'autre. Il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner le canal d'un homme qui portait un semblable rétrécissement, ou de jeter un coup-d'œil sur une bougie en cire qui a séjourné dans son canal. Dans ce cas, ce sont de petites empreintes circulaires placées à côté l'une de l'autre; mais la distance qui les sépare est trop petite pour qu'on doive les attaquer successivement, il faut les détruire d'un seul coup. Les rétrécissemens produits par une cautérisation mal faite sont les seuls qui puissent présenter une grande étendue. Le nombre des rétrécissemens est variable; le plus souvent un rétrécis-

sement est unique; mais il est impossible de savoir combien il en existe, car ils ne sont pas tous aussi avancés, de sorte qu'une bougie introduite dans l'urètre ne rapporte pas l'empreinte des plus petits ; mais à mesure que les plus volumineux sont détruits on les découvre, parce qu'on prend l'empreinte avec des bougies plus grosses.

Causes. L'étude des causes des rétrécissemens de l'urètre est, comme celle de presque toutes les maladies, peu avancée et sujette à discussion. On s'accorde généralement à regarder la blennorrhagie comme la cause la plus ordinaire de leur production. Des auteurs ont mis en doute cette opinion, s'appuyant sur ce que la blennorrhagie n'est pas toujours suivie de rétrécissemens, et sur ce que ces derniers ne se montrent que rarement dans la fosse naviculaire, qu'ils regardent comme le siége presque unique de cette maladie. La première objection prouve seulement que la blennorrhagie n'est pas une cause nécessaire de rétrécissement, mais elle ne démontre nullement qu'elle n'en soit pas une cause secondaire ou occasionelle. La seconde est dénuée de tout fondement, car la blennorrhagie existe dans toute l'étendue du canal ; et si on a cru que la fosse naviculaire avait seule la fâcheuse prédilection d'en être le siége, c'est qu'on s'en est laissé imposer par la plus grande rougeur qu'elle présente, rougeur produite par l'accumulation du pus qui se fait dans ce point, le plus déclive du canal. D'autres auteurs, pour se rendre raison des effets variables de la blennorrhagie, n'ont pas hésité à croire que celle-ci est produite par des inflammations diverses, qu'ils ont qualifiées de *catarrhale* et de *phlegmoneuse;* ils ont dit que que l'inflammation catarrhale ne produisait jamais de rétrécissemens, mais qu'ils étaient produits par la phlegmoneuse. Sur quoi sont fondées ces distinctions? que font-elles connaître? Autant vaudrait dire qu'ils sont le résultat d'une inflammation rétrécissante. Lorsqu'une inflammation existe dans un organe, ce n'est point elle qui ordonne l'altération pathologique qui en sera la suite, mais bien la constitution de l'individu. C'est un point de physiologie pathologique qu'on semble perdre de

vue à chaque instant pour établir des distinctions dans les causes des maladies ; distinctions qui n'existent que dans les livres, et que méconnaît la nature, si avare de moyens et toujours si féconde en résultats. Espérons que les médecins feront bientôt justice de ces puérilités, de ces rêveries de cabinet ; c'est alors seulement qu'ils feront marcher de pair la médecine avec les autres sciences, qui semblent vouloir la déborder de toutes parts. Plusieurs hommes ont des relations avec une même femme ; les uns n'en ressentent aucune incommodité, les autres contractent une blennorrhagie qui n'offre pas le même caractère chez tous : quelques-uns ont une chaude-pisse bénigne, qui disparaît avec facilité ; chez d'autres, elle est cordée, et se dissipe encore facilement, ou bien elle est suivie d'un écoulement chronique : les uns ont des rétrécissemens, et ceux qui ont eu les accidens les plus légers n'en sont pas plus exempts que ceux qui ont éprouvé les accidens les plus graves ; les autres, enfin, n'en sont jamais atteints. A quoi faut-il attribuer la différence des accidens que chaque personne a éprouvés ? Est-ce à la nature de la cause qui les a produits? Non, car elle est la même pour tous. Est-ce à la différence du traitement? Non encore ; car ceux qui ont suivi des traitemens différens sont arrivés aux mêmes résultats, et ceux qui ont suivi le même traitement ont éprouvé des accidens variables. Ne voyons donc là qu'un jeu de la nature, une cause inconnue, constitutionnelle, qui détermine la production des rétrécissemens, et qui n'attend qu'une cause accidentelle, la blennorrhagie, pour manifester ses effets.

Toute cause qui pourra irriter le canal, une contusion, une sonde à demeure, la déchirure de la muqueuse, l'usage d'un suspensoir qui bride l'urètre peuvent remplacer la blennorrhagie dans la production des rétrécissemens, et c'est ce qui arrive souvent.

Injections astringentes. La question de savoir le rôle que jouent les injections astringentes me semble si importante, que je crois convenable de la traiter dans un article à part. Des médecins pensent que

les injections astringentes sont la cause de tous les rétrécissemens ; d'autres, au contraire, jurent pour ainsi dire de leur innocence. Comment concilier des opinions si diverses? Disons promptement que des observations bien exactes, des expériences bien faites manquent entièrement pour décider la question, et que les avis de ces médecins ont été déduits *à priori* de faits souvent mal analysés. Presque tous ceux qui ont des rétrécissemens ont fait usage d'injections ; et comme on n'y a recours qu'en dernier ressort, il n'est pas étonnant qu'on les ait gratifiées de cette fâcheuse propriété ; car si on éprouve quelques accidens après une maladie, ce sont toujours les derniers moyens qui en sont accusés. Cependant il y a des personnes qui ont employé ces injections, et qui n'ont jamais eu le moindre symptôme de rétrécissement ; d'autres en sont atteintes, sans jamais s'être servi d'injec-jections. Mais dans quelles conditions se trouvent placées les personnes qui en font usage ? Ce sont celles qui ont un écoulement chronique qui ne cède à aucun traitement interne. On pourrait donc supposer que le rétrécissement appartient plutôt à la maladie dont l'urètre a été le siége qu'aux injections. De plus, nous verrons tout à l'heure qu'un écoulement chronique est souvent compliqué d'un rétrécissement ; que le malade urine avec facilité tant que l'écoulement continue, mais qu'il ne le fait plus qu'avec difficulté lorsque, par hasard, il se trouve supprimé : dans ce cas les injections ne doivent donc pas encore être accusées de l'apparition de cette production morbide, puisqu'elle existe avant leur emploi. D'un autre côté, je suis porté à croire que les injections astringentes ne sont pas aussi innocentes que certains médecins se l'imaginent. Je conçois qu'elles puissent produire un rétrécissement, lorsque des malades imprudens en font usage avant que leur écoulement soit devenu chronique ; il se peut qu'elles déterminent l'induration des tissus enflammés, et sèment le germe d'un ou plusieurs rétrécissemens. Je pense également que, quand la blennorrhée est due à une ulcération de l'urètre, elles peuvent produire un rétrécissement en déterminant la formation d'une cicatrice : mais tout autre moyen qui aurait

produit ce travail, par conséquent la guérison de l'écoulement, aurait occasioné les mêmes effets. Mais disons aussi qu'elles peuvent éviter les rétrécissemens; c'est ce qu'elles doivent produire quand elles ramènent la muqueuse à son état normal, en faisant disparaître l'état pathologique qui produisait la sécrétion morbide.

Ulcérations de l'urètre. Des auteurs ont dit que l'urètre était rarement le siége d'ulcérations; un si petit nombre de faits ont servi de base à cette opinion, les effets produits par une même cause chez les divers individus sont si variables, qu'on est étonné de voir leurs auteurs en déduire les conséquences les plus générales. Mais pour expliquer la formation d'un grand nombre de rétrécissemens qui ressemblent à des cicatrices, il leur faut admettre que ce sont des fausses membranes qui se sont développées sur la muqueuse urétrale. Quoique cette opinion appartienne à des hommes du plus grand mérite, il m'est impossible de la partager; car elle n'est basée sur aucun fait, elle n'a pas même l'analogie pour elle, et, après l'expérience, c'est l'analogie que nous devons toujours invoquer. On n'a jamais vu de fausses membranes vasculaires organisées sur les muqueuses; et si quelquefois elles se recouvrent d'une matière pultacée, le travail qui existe à la surface des cryptes muqueux ne tarde pas à la séparer. D'ailleurs, les fausses membranes se forment par un mécanisme particulier qui ne peut avoir lieu sur une muqueuse, c'est toujours dans les séreuses qu'elles se développent; de la sérosité s'épanche dans leur cavité, la partie liquide est résorbée, la substance solide reste, s'organise, et se trouve bientôt en communication vasculaire avec les parties voisines. Comment un pareil travail pourrait-il s'opérer dans l'urètre, où passe l'urine si souvent et si rapidement? Les ulcérations de l'urètre qui surviennent après l'usage d'une sonde à demeure ne sont pas semblables à celles qui produisent un écoulement chronique; elles ressemblent tout à fait aux ulcères des autres parties molles, leurs bords sont taillés à pic; j'en donnerai des exemples en parlant des dangers produits par une sonde à demeure dans l'urètre : ici il ne doit être

question que des ulcères qui viennent dans l'urètre à la suite d'une blennorrhagie.

Les ulcères de l'urètre consécutifs à la blennorrhagie, et qui entretiennent les écoulemens chroniques, se trouvent presque toujours sous la symphyse des pubis; ils occupent la paroi inférieure du canal, et ce n'est que consécutivement qu'ils deviennent circulaires. J'ai déjà indiqué que le développement des rétrécissemens suivait la même marche, ce qui peut porter à croire que souvent ils sont précédés d'ulcérations; d'ailleurs, la plupart des rétrécissemens sont formés d'une induration de la muqueuse surmontée d'une bride qui a une parfaite ressemblance avec les cicatrices. Les bords de ces ulcères ne sont point taillés à pic; le point de la muqueuse qui en est le siége ressemble à une feuille dont le parenchyme a été rongé par les vers, et qui se trouve réduite à ses nervures; cette disposition est surtout très-facile à voir quand on examine la muqueuse parallèlement à sa surface. Les symptômes qui dénotent la présence d'une semblable ulcération sont une douleur continue que le malade rapporte à la fosse naviculaire, douleur qui se trouve accrue par le passage de l'urine. Quelquefois les premières gouttes d'urine sont accompagnées d'un peu de sang, mais c'est surtout lors des dernières contractions que celui-ci apparaît; quand ce signe n'existe pas, on peut toujours le faire développer à volonté; pour cela, il suffit de faire uriner le malade, de comprimer l'urètre lorsque l'écoulement de l'urine commence; celle-ci accumulée dans ce canal le distend, fait éprouver une forte douleur au malade, et lorsque les dernières gouttes d'urine sortent, que les dernières contractions de l'urètre arrivent, on voit s'écouler un peu de sang. Lorsqu'on introduit une bougie en cire dans un canal qui offre une ulcération, le malade éprouve une vive douleur lorsque la bougie est en contact avec elle; et si le chirurgien est accoutumé à ces sortes d'explorations, si l'habitude lui a fait acquérir un grand développement du sens du tact, il sent qu'en effet la bougie passe sur un point malade. Pour détruire ce point malade et empêcher que là se développe un rétrécissement, il faut en venir

au nitrate d'argent, lorsque tous les médicamens n'ont pas pu réussir à faire cesser l'écoulement; pour cela on introduit un porte-caustique jusque sous la symphyse, on dirige le nitrate d'argent vers la paroi inférieure du canal, puis on cautérise circulairement dans la crainte que l'ulcère ne soit déjà circulaire. Cette application est suivie d'un écoulement abondant pendant quelques jours; mais il diminue peu à peu, et disparaît entièrement : presque toujours une seule application suffit; mais il faut faire usage de bougies pendant quelques jours, comme après la destruction des rétrécissemens.

L'ulcération de l'urètre n'est pas toujours isolée comme dans le cas précédent, elle complique quelquefois un rétrécissement. Dans ce cas, tant que l'écoulement continue le malade urine avec facilité; quand il n'a pas rempli ce besoin depuis long-temps, la première goutte d'urine est accompagnée d'un petit vermiceau de matière pultacée; si l'écoulement cesse, l'urine ne sort plus qu'avec difficulté; s'il reparaît, le passage de l'urine redevient plus facile. Si on introduit une bougie en cire dans le canal de l'urètre, elle rapporte une empreinte, outre les signes qui font reconnaître une ulcération. Le caustique est encore le seul moyen pour faire disparaître à la fois et l'ulcération et le rétrécissement.

Mais d'autres causes que l'ulcération peuvent produire la blennorrhée, l'inflammation chronique de la muqueuse seule, ou combinée à l'ulcération, en est quelquefois la source. Quand aucun des symptômes de l'ulcération n'existe, l'écoulement ne peut être produit par une cause autre que l'inflammation chronique de la muqueuse. Si on reconnaît l'existence d'un ulcère, qu'on le détruise, et que l'écoulement continue, on peut être persuadé qu'il est entretenu par la cause qui m'occupe; dans ce cas, on n'a plus rien pour connaître le point malade de la muqueuse, et on ne doit pas se décider à porter le nitrate d'argent au hasard sur un point de cette membrane ou sur toute sa surface; alors il faut employer des médicamens moins énergiques; l'onguent mercuriel seul ou mêlé à une

petite quantité de précipité rouge fait souvent disparaître ces écoulemens rebelles : pour cela on enduit de cette pommade l'extrémité d'une bougie plus petite que le diamètre du canal, on lui fait parcourir toute la longueur de l'urètre, et on répète cette introdution plusieurs fois à quelques jours d'intervalles. C'est par ces divers moyens que j'ai vu M. *Pasquier* détruire des écoulemens chroniques qui avaient résisté à tout autre moyen, et qui avaient été jugés incurables par des chirurgiens du premier mérite. Je ne dis pas que ce moyen soit infaillible, mais je dis qu'il est si souvent couronné de succès, qu'il faut le mettre en usage lorsque les autres modes de traitement ont échoué, et qu'il ne faut pas insister trop long-temps sur ces derniers. Les chirurgiens qui ne voient rien de si dangereux que l'application du caustique dans l'urètre, qui la regardent comme une opération terrible, et qui préfèrent tourmenter un homme pendant des années pour un simple écoulement sans le faire disparaître plutôt que de la mettre en usage, ou ne l'ont jamais vu faire d'une manière convenable, ou sont de mauvaise foi. Elle est, j'en conviens, délicate ; elle réclame de la prudence et des soins, mais elle n'a aucun des dangers qu'on lui impute si gratuitement.

M. A..., d'Orléans, conservait un écoulement chronique à la suite d'une blennorrhagie, en même temps qu'il éprouvait une douleur incommode dans la fosse naviculaire ; une année de traitement interne et d'injection ne lui procura aucun soulagement. Le chirurgien qui lui donnait ses soins lui proposa la cautérisation comme dernière ressource, ce que le malade accepta, voulant à tout prix se débarrasser de son infirmité. Un morceau de nitrate d'argent fut appliqué à vingt reprises dans le méat urinaire sans produire d'amélioration ; le chirurgien ne savait plus que faire, et le malade imagina d'introduire un tuyau de plume armé de nitrate d'argent dans le canal pour cautériser plus profondément ; son médecin l'engagea à continuer cet essai ; il continua, mais il ne guérit pas. Il se décida donc à venir à Paris, et s'adressa à M. *Pasquier*. Ce chirurgien s'assura de l'existence d'une ulcération sous la sympyse des pubis, y porta le

caustique une seule fois, et huit jours après l'écoulement n'existait plus.

M. P.... était affecté depuis long-temps d'un écoulement; à cette infirmité s'en était venu joindre une autre bien plus affligeante, des douleurs arthritiques avaient, pour ainsi dire, ôté au malade l'usage de ses jambes; il voulut au moins faire un dernier effort pour se débarrasser de l'une d'elles (l'écoulement), car l'autre avait résisté à tous les moyens. On reconnaît que la présence d'une ulcération dans l'urètre est la cause de l'écoulement; on cautérise, l'écoulement cesse, et bientôt avec lui les douleurs arthritiques, qui n'ont jamais reparu.

Fausses membranes. J'ai dit que les rétrécissemens n'étaient pas produits par de fausses membranes, j'entends par là des fausses membranes organisées, vasculaires; mais le canal de l'urètre peut être obstrué par une matière analogue à celle qui se forme dans les voies aériennes, dans le cas d'angine couenneuse ou de croup, le fait suivant le prouve. Un militaire, habitant encore les invalides, ancien trompette du 5e. hussards, à diverses époques fut atteint d'ischurie, qui cessait aussitôt qu'une matière blanchâtre était chassée par l'urine : le malade comparaît cette matière à un tuyau de pipe. Tourmenté par de nouveaux accidens, on voulut introduire une bougie dans le canal, mais elle se trouva arrêtée à cinq pouces; le malade fit de violens efforts pour uriner, et l'obstacle fut poussé au-dehors; c'était une sorte de bouchon d'environ deux lignes et demie de diamètre, de deux de long, assez consistant, et qu'on ne peut guère mieux comparer qu'à un morceau de macaroni. M. *Pasquier* appliqua le caustique sur le point qui était le siége de cette sécrétion anormale, les accidens furent éloignés, mais une guérison complète n'a jamais pu être obtenue.

Effets des rétrécissemens. Comme toutes les maladies, les rétrécissemens de l'urètre sont loin de produire les mêmes effets sur tous les

individus ; de sorte qu'un rétrécissement étant donné, après la mort il sera impossible de reconstruire les accidens auxquels il a donné lieu. L'esquisse que je vais en donner a été calquée sur un grand nombre d'observations ; je vais me borner à énoncer ces accidens, sans entrer dans aucun détail.

Les malades n'aperçoivent pas la naissance d'un rétrécissement ; les hypochondriaques seuls, qui scrutent leurs fonctions avec la plus grande attention, peuvent s'en apercevoir. Le malade remarque bientôt que la grosseur et la force du jet de l'urine diminuent, qu'il lui faut plus de temps pour uriner, que le jet devient successivement filiforme, bifurqué et tournoyant ; enfin il cesse d'être continu ; l'urine tombe goutte à goutte, même après qu'il a satisfait à ce besoin, soit parce que l'urine s'est engagée entre plusieurs rétrécissemens, soit parce que la force du col ne peut plus balancer la puissance insolite de la vessie. A mesure que le jet de l'urine diminue, les envies d'uriner deviennent de plus en plus fréquentes ; chaque fois le malade ne rend qu'une petite quantité de ce liquide, et sur la fin il est obligé d'employer toutes ses forces pour le faire sortir. L'urine, qui était d'abord limpide, devient trouble, laisse déposer une matière purulente, se décompose rapidement et répand une odeur infecte. Souvent la sortie du sperme suit la même marche que l'urine ; d'abord lancé avec moins de force, il ne sort bientôt plus qu'en bavant ; enfin, il arrive une époque où il ne sort plus pendant l'acte de la copulation, rentre dans la vessie, ou reste entre deux rétrécissemens et ne sort qu'avec l'urine. Le canal est souvent le siége d'un écoulement purulent, d'une démangeaison incommode ; lorsque cet écoulement cesse, l'urine sort avec plus de difficulté. Une pesanteur se fait sentir vers l'anus ; des douleurs se manifestent dans l'hypogastre, s'irradiant aux reins, aux aines et dans les cuisses : souvent la plupart de ces symptômes diminuent quand le malade contracte une nouvelle blénorrhagie ; aussi plusieurs malades essaient-ils d'en contracter une, afin de diminuer leurs souffrances. Comment agit cette nouvelle inflammation ? Ne serait-ce pas en changeant le mode de vie du rétré-

cissement? Le fait est que la cautérisation produit le même effet. Les désirs vénériens diminuent, puis s'anéantissent; des pollutions nocturnes ont lieu, source d'une maigreur qui fait de rapides progrès: le malade exposé à ces accidens n'est propre à rien ; ses forces l'abandonnent; ses facultés intellectuelles sont pour ainsi dire détruites : le moindre écart de régime peut le conduire aux portes de la tombe ; étranger aux douceurs de la vie, sujet à tous ses maux, il traîne péniblement une malheureuse existence, dont il cherche souvent à se débarrasser.

Les personnes affectées de rétrécissement sont souvent atteintes de hernies, suite des efforts qu'elles font pour uriner ; la portion de l'urêtre postérieure au rétrécissement est amincie, dilatée, et se rompt quelquefois, d'où des abcès urineux, des fistules; il n'est pas rare de voir la prostate engorgée et en suppuration : la partie interne des vésicules séminales est souvent enflammée; les testicules s'engorgent à chaque instant ; la couche musculeuse de la vessie a pris beaucoup d'accroissement ; elle constitue des colonnes charnues, tapissées par la muqueuse, formant dans la cavité de la vessie des replis analogues aux appendices épiploïques et contenant quelques petits caillots de sang dans leur duplicature; souvent les uretères, les bassinets, les reins sont dilatés, et ces derniers sont quelquefois en suppuration.

Traitement.

Les moyens mis en usage pour faire cesser les accidens des rétrécissemens sont, l'excison, la dilatation et la cautérisation. N'ayant jamais vu pratiquer la première opération, je m'abstiendrai d'en parler, car toute idée théorique, et surtout en médecine, peut conduire à des résultats erronés, que chaque jour dément l'expérience.

Dilatation. La dilatation s'opère généralement aujourd'hui par des instrumens en gomme élastique; un petit nombre de chirurgiens leur préfèrent les cordes à boyaux, mais celles-ci offrent réellement des

inconvéniens qui les ont fait abandonner de la plupart des praticiens ; quelques chirurgiens se servent aussi de bougies emplastiques.

Cette opération est très-facile, quand on sait pratiquer le cathétérisme ; elle consiste à introduire une sonde en gomme élastique jusque dans la vessie, à la laisser trois ou quatre jours en place, à la remplacer par une plus grosse, et à continuer ainsi jusqu'à ce que le canal puisse recevoir une sonde du n°. 12. Mais tous les chirurgiens ne commencent pas le traitement de la même manière.

Les uns introduisent une bougie conique en gomme élastique, qu'ils essaient d'engager dans l'ouverture du rétrécissement ; si leurs tentatives sont inutiles, ils fixent cette bougie contre l'obstacle pendant quelques minutes, au bout desquelles ils esssaient de nouveau son introduction ; s'ils ne sont pas plus heureux que la première fois, ils fixent la bougie dans l'urètre, font, au bout de vingt-quatre heures, de nouvelles tentatives, souvent couronnées de succès, mais cependant il n'est pas rare de voir s'écouler trois ou quatre jours avant qu'elle ait pu pénétrer dans la vessie ; lorsqu'elle y est parvenue, ils la laissent dans l'urètre pendant vingt-quatre heures, la remplacent par une sonde en gomme élastique, qu'ils renouvellent tous les quatre ou cinq jours, comme je l'ai dit tout à l'heure.

Lorsqu'on retire les bougies qui sont fixées sur le rétrécissement, elles sont recouvertes d'un mucus purulent, même quelquefois cette matière coule de l'urètre avec abondance. Les chirurgiens qui suivent ce mode de traitement disent que la bougie détermine un travail de suppuration dans le rétrécissement, dont le résultat est de dégorger les parties malades ; et que c'est ce travail, aidé de la dilatation vitale, qui permet l'introduction de la bougie. Examinons si le passage de la bougie se fait par ce mécanisme, et si l'explication qu'on en donne est l'expression exacte des faits : tout corps mis en contact avec une muqueuse détermine un surcroît d'action dans les cryptes muqueux qu'elle contient ; il est donc probable que le mucus qui s'écoule provient non-seulement du point rétréci, mais encore de toute la surface de la muqueuse ; la dilatation vitale n'est qu'une supposi-

tion gratuite et dont rien ne démontre l'existence; d'ailleurs, il n'est pas nécessaire de lui faire jouer un rôle dans l'introduction de la bougie, car il existe une ouverture, et la preuve, c'est que le malade urine en même temps que ce corps étranger est fixé contre le rétrécissement. Il faut donc rechercher ailleurs les causes qui s'opposent au passage de la bougie dans le point rétréci : la première se trouve dans l'instrument lui-même; une bougie conique ne devrait jamais être employée pour pratiquer le cathétérisme dans un cas de rétrécissement, car sa grosse extrémité se trouve pressée par le méat urinaire, et cette pression empêche au chirurgien d'apprécier ce qui se passe à sa pointe; il s'imagine souvent que la résistance qu'il éprouve est due au rétrécissement, tandis qu'elle est produite par une toute autre cause; la seconde, c'est que le chirurgien ne fait pas toutes les tentatives nécessaires. Loin de moi l'idée qu'il en soit toujours ainsi; mais je suis certain que cela arrive toutes les fois qu'on met jusqu'à quatre jours pour traverser le rétrécissement. Je sais que lorsqu'on laisse une bougie en contact avec un obstacle dans l'urètre pendant quelques minutes, on surmonte au bout de ce temps la résistance qu'il oppose; mais la dilatation vitale n'a encore rien à faire ici : tout corps étranger mis dans l'urètre détermine dans ce canal une contraction spasmodique plus ou moins prononcée; si l'un de ces points n'offre qu'une très-petite ouverture, ce spasme pourra l'oblitérer momentanément, mais peu à peu il s'accoutume à la présence de ce corps étranger, revient à son état naturel, et l'oblitération disparaît. Si le corps étranger est une bougie, on peut l'engager dans cette ouverture; mais la laisser plus long-temps dans l'urètre ne sert absolument à rien, si ce n'est à produire des accidens.

Outre que cette méthode est longue, elle produit les mêmes accidens qu'une sonde à demeure, accidens dont je parlerai plus tard; mais les souffrances qu'elle occasione sont bien plus fortes, car il est bien certain qu'une sonde arrêtée dans l'urètre produit de vives douleurs, qui diminuent beaucoup d'intensité quand on fait arriver l'instrument jusque dans la vessie; de plus, elle n'est point applicable

aux cas qui sont compliqués de fausse route ; la bougie s'engage toujours dans celle-ci, l'augmente et rend l'état du malade bien plus déplorable.

Les autres chirurgiens suivent une marche tout opposée : reconnaître et vaincre l'obstacle n'est qu'un pour eux. Après avoir pris quelques renseignemens sur le malade, ils saisissent un petite sonde en gomme élastique, garnie d'un mandrin aussi fort que possible. la font arriver jusqu'au rétrécissement, qu'ils s'efforcent de franchir ; si leurs tentatives sont inutiles, ils introduisent le doigt dans le rectum, poussent, comme ils le disent, la sonde dans la direction du canal, et arrivent dans la vessie soit par celui-ci, soit par une fausse route ; si cette sonde n'est pas assez forte, ils prennent une sonde d'argent et même une sonde conique. On trouve dans l'ouvrage de *Desault*, qui sondait avec la plus grande habileté, qu'il arrivait toujours dans la vessie par la violence avec une sonde d'argent, à laquelle il imprimait un mouvement de vrille, sans expliquer comment il pouvait le faire ; dans le même ouvrage, on cite les avantages qu'il a obtenus de cette pratique hardie, mais on tait ses revers, et on sait qu'il en a eu. L'un de nos plus grands chirurgiens conseille, lorsque l'algalie ordinaire ne peut vaincre le rétrécissement, de lui substituer une sonde conique. Malgré la déférence que tout jeune chirurgien doit avoir pour le caractère et les talens d'un si grand maître, il m'est impossible de partager son opinion ; j'ai vu mettre ce conseil à exécution, et la mort en a été la suite ; d'où je conclus que les succès qui ont couronné son emploi dans les mains de son auteur ne doivent pas engager les chirurgiens à suivre son exemple ; car, pour peu que le rétrécissement laisse écouler d'urine, on peut toujours, avec de la patience et des manœuvres convenables, parvenir dans la vessie, et cela sans compromettre l'existence du malade.

Cette manière de commencer le traitement est plus dangereuse que celle dont j'ai parlé. 1°. Si la sonde suit la direction du canal, elle dilacère la muqueuse, l'inflammation survient, les testicules se gonflent, les douleurs que fait éprouver la sonde forcent à la retirer, et

une rétention complète peut en être la suite; tandis qu'aucun de ces accidens ne serait survenu si on avait pratiqué le cathétérisme avec plus de ménagement. 2°. Quelle que soit l'habileté du chirurgien, il ne peut jamais se flatter de ne pas faire de fausse route quand il emploie le cathétérisme forcé. Pousser la sonde dans la direction du canal est bien facile à dire, et presque toujours impossible à faire; dans ce cas, les accidens sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé tout à l'heure; mais la fausse route qu'on pratique empêche de rétablir le canal naturel, dont elle remplit toujours mal les fonctions, si des infiltrations d'urine n'amènent pas une mort prompte. 3°. Lorsqu'il existe plusieurs rétrécissemens, le cathétérisme forcé n'est pas toujours possible, car le premier presse quelquefois la sonde avec tant de force qu'il est impossible de la faire pénétrer davantage.

Accidens de la dilatation.

La dilatation par les sondes à demeure n'est pas aussi innocente qu'on peut le croire au premier abord, une foule d'accidens l'accompagne ou la suit; je vais les signaler, et discuter les principaux.

1°. Une sonde à demeure n'agit pas toujours de la même manière sur les rétrécissemens, quelquefois elle ne fait que les dilater, d'autres fois elle les ulcère, mais son action ne se borne pas toujours au point malade; elle peut agir sur la muqueuse saine; il suffit même de la présence d'une sonde pendant quelques heures pour produire une ulcération dans l'urètre. On pratiqua l'amputation de la verge à un homme, pour un cancer qui occupait presque tout cet organe; on mit une sonde dans l'urètre pour faire écouler l'urine, les douleurs quelle occasionna forcèrent à la retirer au bout de vingt-quatre heures; le malade mourut quelques jours après. A son autopsie, on trouva une ulcération de deux lignes de diamètre, dont les bords étaient taillés à pic dans la portion membraneuse, et communiquant par une très-petite ouverture avec un abcès urineux. Un jeune homme, taillé à l'âge de cinq ans, fut atteint, quinze ans après, d'une petite tumeur au périnée, qu'on ouvrit, et qui

laissa écouler un peu de pus et d'urines. On mit des sondes à demeure, qui produisirent les plus vives douleurs, pendant environ douze jours; enfin la verge se gonfla, ainsi que le scrotum, ce qui força de supprimer les sondes; l'infiltration augmenta et le malade mourut. A l'autopsie on trouva plusieurs ulcérations taillées à pic dans l'urètre, et plusieurs perforations de la muqueuse communiquant avec un vaste clapier qui entourait presque entièrement le canal. J'ai vu, et je pourrais en citer un grand nombre d'exemples, des sondes à demeure dans des cas de rétrécissement produire des abcès urineux, l'engorgement et la suppuration des testicules, la perforation de la vessie, souvent la mort. Nous voyons donc qu'une sonde à demeure est une source de nouveaux rétrécissemens, à cause des cicatrices qui doivent se former sur les ulcérations qu'elle produit.

2°. La dilatation par les sondes à demeure produit rarement une guérison radicale : le plus ordinairement elle laisse le malade exposé aux dangers d'une récidive, qui se manifeste toujours sous l'influence du moindre écart de régime, malgré l'emploi d'une bougie conique, qu'il doit introduire une fois tous les huit jours pour maintenir le rétrécissement dilaté.

3°. Plus un rétrécissement est dilaté de fois, moins le malade a de chances d'une guérison radicale; en même temps que la sonde n'empêche pas à celui-ci de revenir elle en fait développer d'autres. En effet, si la première fois qu'un malade est traité par la dilatation on trouve que le rétrécissement a peu de longueur, la seconde on le trouve bien plus long, la troisième encore davantage; et cela est facile à concevoir, car les rétrécissemens paraissent sous l'influence d'une inflammation : la sonde produit cette dernière, donc elle doit être la cause de rétrécissemens.

3°. Mais la nécessité d'introduire des bougies pour maintenir le rétrécissement dilaté est une circonstance très-fâcheuse; le malade, en les introduisant, déchire la muqueuse, d'où il résulte de petites

cicatrices qui finissent par produire des rétrécissemens presque incurables.

4°. La dilatation par les sondes à demeure n'est pas toujours praticable; certains individus ont l'urètre si irritable, que si on voulait l'employer on déterminerait chez eux un état convulsif et la mort.

5°. Lorsque le rétrécissement est compliqué de fistule, une sonde à demeure retarde toujours la guérison de celle-ci et quelquefois la rend impossible.

Cautérisation.

La cautérisation a été mise en usage par les anciens chirurgiens, qui pensaient que les rétrécissemens étaient toujours des carnosités, des végétations développées dans l'urètre. Pour les détruire ils inventèrent un grand nombre de médicamens âcres; mais l'irritation que ceux-ci produisaient, la difficulté de les appliquer sur les points malades, firent que la plupart leur préférèrent la dilatation, surtout quand ils eurent en leur possession les instrumens de gomme élastique. Cependant on voit à toutes les époques des chirurgiens mettre en usage la cautérisation. *François Roncalli*, *Wiseman* furent les premiers chirurgiens qui substituèrent le nitrate d'argent au faible caustique des anciens; ils l'appliquaient avec un instrument dû au génie de *Paré*, et que *Hunter* s'est approprié. Cependant leurs travaux étaient restés dans l'oubli, lorsque *Hunter* vint faire connaître les avantages qu'on pouvait obtenir de ce mode de traitement; ce grand homme ne l employait que dans les cas où la ditatation avait échoué. *Everard Home* adopta cette pratique, mais il l'appliqua à tous les cas sans distinction. Tandis que la chirurgie anglaise s'enrichissait de ce nouveau mode de traitement, les chirurgiens français restaient dans l'inaction, et, par une fatalité inconcevable, se fondant sur quelques insuccès, rejetaient la cautérisation sans chercher à s'éclairer du flambeau de l'expérience. Un homme de génie, *Ducamp*, s'affranchis-

sant de toutes les habitudes routinières, interrogea l'expérience, publia un livre qui fera toujours époque dans les fastes de l'art, et qui laissait de beaucoup en arrière les énormes volumes publiés en Angleterre sur le même sujet; une mort prématurée vint l'enlever au milieu de ses travaux, et sans doute qu'il aurait apporté de grandes modifications à son traitement si la nature lui en avait donné le temps. L'un de ses amis, M. *Pasquier*, persuadé des résultats féconds que la méthode de *Ducamp* pouvait offrir, l'a débarassée de tout ce qu'elle contient d'inutile et même de nuisible, et modifié ses instrumens au point de se les rendre propres. Tout ce que je dirai de son traitement, je le dois à son extrême bienveillance, et à la complaisance sans bornes de M. *Sacré*, son élève et mon meilleur ami. En jetant un coup-d'œil rapide sur l'historique de la cautérisation, je dois signaler les observations de M. *Lallemand;* d'autres ouvrages ont été publiés sur le même sujet, mais ceux-là ne sont destinés qu'à grossir les bibliothèques; ils offrent si peu d'intérêt, qu'on peut se dispenser de les citer sans se montrer injuste envers leurs auteurs.

Les anciens employaient leur caustique de la manière suivante : ils introduisaient dans l'urètre une bougie emplastique, sur laquelle ils faisaient une marque au niveau du méat urinaire; ils la retiraient et enlevaient un peu de la matière de la bougie au lieu où l'empreinte existait, et la remplaçaient par du caustique. Après l'avoir huilée dans toute son étendue, ils l'introduisaient dans le canal jusqu'à ce que la marque qu'ils avaient primitivement faite sur cet instrument fût de niveau avec le méat urinaire. Mais la flexibilité de la bougie, les variations de longueur de la verge, la difficulté d'exercer sur elle le même degré de traction, faisaient que presque toujours on appliquait le remède à côté du mal; cependant ce moyen est encore moins défectueux que celui qui consistait à employer des bougies irritantes dans toute leur étendue; par là on était sûr d'agir sur le mal, mais on irritait l'urètre dans toute sa longueur. *Ambroise Paré* employa les mêmes caustiques, mais il les appliqua plus méthodiquement; il se

servait d'une canule ouverte à ses deux extrémités, qu'il introduisait jusque sur le rétrécissement; cette canule servait de conducteur à une espèce de porte-crayon qui portait le caustique à son extrémité. Cet instrument est le même que celui de *Hunter*, mais le caustique que celui-ci employa était le nitrate d'argent; plus tard il l'abandonna pour la bougie armée, qui n'est autre chose qu'une bougie flexible à l'extrémité de laquelle est fixée un petit cylindre de nitrate d'argent: c'est cet instrument qu'*Everard Home* a adopté. On l'introduit à nu dans l'urètre, jusqu'au point malade; on laisse le caustique en contact avec le rétrécissement pendant une minute, on le retire, et on injecte de l'eau dans l'urètre pour enlever tout le nitrate d'argent qui pourrait s'être détaché de la bougie; on attend que l'escharre soit tombée pour recommencer une nouvelle application, etc. Lorsque le rétrécissement est dépassé, on dilate avec des instrumens en gomme élastique, qu'on introduit chaque jour et qu'on laisse en place pendant une demi-heure. *Home* dit que quand le rétrécissement récidive, cela tient à ce qu'on a employé un cylindre de nitrate d'argent trop petit; celui qu'il emploie est assez volumineux pour que le méat urinaire ne puisse pas toujours lui livrer passage; dans ce cas il ne balance pas à cautériser cette ouverture pour l'aggrandir; une action semblable n'a pas besoin de commentaire.

Cette manière de pratiquer la cautérisation entraîne avec elle les plus graves accidens. 1°. On cautérise la partie de l'urètre antérieure au rétrécissement. 2°. Le caustique peut se briser et déterminer de fâcheux accidens. *Home* dit que cela tourne au profit des malades, et il en rapporte un exemple; mais je pense que le flegme britannique est seul capable de se réjouir d'une circonstance aussi fâcheuse. 3°. Une rétention complète peut survenir à la suite de chaque cautérisation. 4°. Le traitement est très-long. 5°. On pratique souvent des fausses routes, ce qui a dû arriver à *Home* toutes les fois qu'il a fait jusqu'à deux cents applications de cautique. *Hunter* dit que si on sort de la direction du canal, on finit par y rentrer: cela est vrai, mais en abandonnant la bougie armée, qu'on remplace par des

moyens plus méthodiques. 6°. La maladie peut renaître plus terrible qu'auparavant, et souvent inguérissable.

Le seul cas où ce procédé doive être mis en usage, c'est lorsque l'urètre est entièrement oblitéré dans un point de sa portion droite, comme je vais en rapporter un exemple. Je sais que dans d'autres cas il a été suivi d'une guérison radicale; mais ses dangers sont si grands, nous possédons des moyens qui lui sont si supérieurs, qu'on ne doit l'employer qu'à son corps défendant. Un jeune homme, à cheval, est lancé hors de selle et retombe sur le pommeau de celle-ci : division du scrotum, sortie du testicule, hémorrhagie urétrale, tels furent les accidens immédiats que l'on combattit par des moyens convenables. L'écoulement de l'urine est difficile, ce qui engage le chirurgien à tenter le cathétérisme; les tentatives sont inutiles; les symptômes vont en augmentant, malgré l'emploi des antiphlogistiques : nouvelles tentatives de cathétérisme toujours infructueuses; le malade ne rend qu'avec de vives douleurs quelques gouttes d'urine, qui se succèdent lentement. La fièvre, la maigreur font des progrès alarmans, et au bout de trois semaines une tumeur se manifeste dans la région périnéale, en même temps que l'urine cesse de couler par le méat urinaire. C'est dans cet état que le malade est conduit à Paris et confié aux soins de M. *Pasquier*. L'abcès urineux est ouvert le deuxième jour; l'urine s'écoule par l'ouverture, mais rien n'apparaît au méat urinaire; l'introduction des bougies n'est possible que jusqu'à la fosse naviculaire; à partir de ce point on sent, dans l'espace de deux pouces, en pressant l'urètre entre les doigts, une longue induration, résultat probable des cicatrices survenues à la suite du déchirement du canal. Le malade reprend des forces, et chaque jour donne l'espérance de songer à un traitement pour rétablir le cours naturel des urines. La bougie armée est appliquée tous les deux jours; dès qu'on a pu gagner quelques lignes, on applique le caustique latéral; enfin successivement, par les deux méthodes combinées, toutes les adhérences sont détruites, et trois semaines suffisent pour permettre l'introduction d'une bougie jusqu'à la vessie; dès ce moment,

la cautérisation latérale et la dilatation sont mises en usage, comme si on avait affaire à un rétrécissement ordinaire; l'urine coule par le canal, la fistule se cicatrise, le malade est rendu à la santé, et depuis ce temps, malgré quelques excès, il n'a point eu de récidive.

Cette observation nous montre une oblitération complète du canal de l'urètre, dont la destruction a été commencée par la méthode de *Hunter* et terminée par celle de *Ducamp;* en outre, elle nous donne l'exemple d'une fistule urinaire guérie sans sonde à demeure.

Traitement de Ducamp.

Ducamp commence par chercher le point rétréci du canal. Pour cela, il se sert d'une sonde en gomme élastique du n°. 6, graduée, qu'il introduit dans l'urètre jusqu'au rétrécissement, et il connaît de suite la distance qui existe entre ce dernier et le méat urinaire.

Ensuite il cherche la situation de l'ouverture du rétrécissement, au moyen d'une sonde qu'il nomme *exploratrice :* c'est une sonde en gomme élastique, du n°. 9 ou 10, portant à une de ses extrémités un cylindre de même diamètre et de deux lignes de long, formé par un pinceau de soie imprégné d'un mélange qu'il nomme *cire à mouler.* Il fait arriver cette partie sur le rétrécissement, l'y laisse quelques instans, pour permettre à la cire de se ramollir; puis, saisissant la verge d'une main, il pousse la sonde de l'autre, pour faire pénétrer la cire dans le point rétréci; il retire la sonde, et la cire, moulée sur la partie antérieure du rétrécissement, lui montre la situation de son ouverture, son diamètre, et il sait alors sur quel point il doit principalement diriger le caustique.

Pour connaître la longueur du rétrécissement, il se sert d'une bougie en gomme élastique très-fine, recouverte de soie plate préalablement enduite de cire à mouler, qu'il introduit dans le rétrécissement. Mais *Ducamp* dit qu'il n'est pas toujours possible de faire pénétrer cette bougie dans l'ouverture du point rétréci, et, pour ne jamais échouer, il se sert d'un instrument qu'il nomme *conducteur :* c'est une sonde du n°. 8 ou 9, ouverte à ses deux extrémités; l'extrémité qui

doit venir s'appliquer contre le rétrécissement est quelquefois cylindrique, d'autres fois elle porte une bosselure; son ouverture est tantôt centrale, tantôt latérale. Si l'ouverture du rétrécissement est centrale, on se sert d'un conducteur cylindrique dans toute son étendue, et dont l'ouverture est centrale; si celle du rétrécissement est déjetée de côté, on se sert d'un conducteur dont l'ouverture est latérale, ce que l'on obtient au moyen de la bosselure dont j'ai parlé tout à l'heure. On place l'instrument de manière que son ouverture corresponde parfaitement à celle du rétrécissement, et que la bougie sortant de la première s'engage dans la seconde. Les bougies que *Ducamp* emploie n'ont que dix-huit lignes de longueur; elles sont fixées sur un tube de gomme élastique. Il commence par en introduire une cylindrique très-petite, qu'il remplace par une seconde, dont la moitié a un diamètre égal à celui de la première, mais dont l'autre est assez volumineuse pour ne pénétrer dans l'obstacle qu'en la poussant avec un peu de force; il laisse celle-ci en place pendant une demi-heure, la retire en même temps que le conducteur, et voit dessus la longueur du rétrécissement. *Ducamp* arrivait au même résultat au moyen d'un petit instrument assez compliqué et tout à fait inexact.

Alors *Ducamp* avait toutes les données nécessaires pour appliquer le caustique. Pour cela, il se servait d'un instrument de son invention, de la grosseur d'une sonde du n°. 8; cependant, dans sa pratique, il en employait de plus petits. C'est une sonde en gomme élastique, ouverte à ses deux bouts; l'un s'adapte à la vis d'une douille de platine, portant sur son autre extrémité une capsule en platine cylindrique ou gibbeuse : la première se visse sur la douille quand l'ouverture du rétrécissement est centrale; au contraire, on se sert de la seconde quand cette ouverture est latérale. Le caustique est porté par une capsule armée de deux petites ailes, de manière à ne pas pouvoir tourner dans la douille de platine. Lorsque l'instrument est arrivé au point rétréci, on fait sortir la petite cuvette, de manière que le caustique se trouve dirigé du côté du rétrécissement, quand celui-ci n'oc-

cupe qu'une portion de la circonférence ; mais quand l'obstacle est circulaire, on tourne l'instrument sur son axe pour l'attaquer dans toute sa circonférence. Trois jours après la première cautérisation on prend une nouvelle empreinte, on fait une nouvelle application, et on continue ainsi jusqu'à ce que le rétrécissement reçoive une sonde du n°. 6, époque à laquelle *Ducamp* conseille d'employer la dilatation. Mais cet instrument ne pouvait servir que dans la portion droite, et *Ducamp* employait un instrument courbe pour les rétrécissemens qui étaient dans la partie courbe : cet instrument diffère du premier, d'abord par sa forme, en outre, parce que la capsule qui porte le caustique n'est point ailée, et qu'on peut la faire tourner dans le conducteur sans déranger celui-ci. Quand il y avait plusieurs rétrécissemens, il détruisait d'abord le plus voisin du méat urinaire, et attaquait les autres suivant l'ordre dans lequel ils se présentaient ; quand ils étaient tous détruits, il faisait une dilatation générale.

Pour dilater un rétrécissement après la cautérisation, *Ducamp* se servait de dilatateurs à air et de bougies à ventre, qu'il plaçait alternativement chaque jour pendant une demi-heure ; ces instrumens avaient jusqu'à quatre lignes de diamètre. Lorsqu'il était parvenu à mettre la plus volumineuse, il continuait à l'introduire matin et soir pendant un quart d'heure ; au bout d'une semaine il ne la faisait plus introduire qu'une fois par jour, la maintenait en place pendant quelques minutes, et quatre ou cinq jours après le malade ne la mettait qu'une fois et la retirait aussitôt ; puis il la mettait à des époques plus ou moins éloignées pendant environ un an.

La méthode de *Ducamp*, dont je viens de donner une idée générale, est incomparablement meilleure que celle de *Hunter ;* elle renferme en elle-même les élémens du traitement le plus méthodique ; mais ils sont entourés d'une foule d'inconvéniens qui en font disparaître presque tous les avantages. Ces inconvéniens, l'expérience seule peut les faire connaître ; et en les rappelant ici, il sera facile de voir comment M. *Pasquier* est parvenu à mettre en usage des moyens dont

il retire autant de succès qu'on peut en obtenir dans le traitement de ces maladies.

Empreinte. L'empreinte, telle que la prenait *Ducamp*, n'est plus mise en usage que par des chirurgiens qui n'ont pas su apprécier ses dangers. La pression qu'elle exige pour faire pénétrer la cire dans le rétrécissement produit des douleurs insupportables; et ceux qui ont été traités par la méthode de *Ducamp* s'accordent tous à dire que c'est un des temps les plus douloureux de l'opération : elle cause des déchirures de la muqueuse, source d'hémorrhagies abondantes et de rétrécissemens pour l'avenir. Mais, souvent les malades ne réclament les soins des chirurgiens qui emploient la cautérisation qu'après avoir été sondés par des mains inhabiles ou imprudentes; dans ce cas, il existe fréquemment une ou plusieurs fausses routes : si on prend l'empreinte avec la sonde exploratrice, dans une pareille circonstance, elle apporte l'empreinte de la fausse route, on applique la caustique de confiance, et loin de détruire le mal on ne fait que l'aggraver. Quelquefois la cire se détache, produit une rétention complète, ou empêche au caustique d'agir sur le rétrécissement. Quand deux rétrécissemens ne sont distans que de quelques lignes, on ne peut, avec la sonde exploratrice, mesurer la distance qui les sépare. Je suppose qu'on trouve un premier rétrécissement à cinq pouces six lignes sur lequel on applique le caustique; quelques jours après, lorsqu'on prend une nouvelle empreinte, on le trouve à cinq pouces dix lignes; on ne peut pas savoir si cela tient à une différence de traction exercée sur la verge; on s'imagine que c'est la continuation du premier rétrécissement, et on cautérise la muqueuse qui sépare ces deux points malades. Ce n'est pas tout encore : la sonde exploratrice est un moyen infidèle, qui rapporte des empreintes lorsque le canal est parfaitement libre; c'est ce qui arrive toujours quand la cire se trouve sous la symphyse des pubis, c'est ce qui arrive dans tous les points de l'urètre lorsqu'il est dans l'état de spasme. Disons donc que ce moyen, toujours dangereux quand il existe un rétrécissement, le

devient encore d'avantage lorsqu'il rapporte une empreinte mensongère et fait appliquer le caustique sur des parties tout à fait saines.

Conducteur. Ducamp pensait qu'il était de la plus grande importance de connaître d'une manière exacte la situation de l'ouverture du rétrécissement, pour y introduire des bougies au moyen d'un instrument qu'il nomme *conducteur;* mais tout chirurgien de bonne foi qui l'a mis en usage avoue que rarement il l'a conduit à de bons résultats. Loin de là, le conducteur est souvent un obstacle à l'introduction de la bougie, et jamais il ne la favorise. Nul doute que ce moyen mécanique ne pût recevoir son application si le canal de l'urètre n'était pas susceptible de variations ; mais la flexibilité de ce canal, les diverses directions qu'on peut lui imprimer, s'opposent toujours à la réussite de ce moyen mécanique invariable. D'ailleurs, la sonde exploratrice ne rapporte jamais la situation exacte de l'ouverture d'un rétrécissement; la muqueuse, refoulée par elle, augmente l'obliquité de celui-ci, de sorte que l'ouverture du conducteur qu'on emploie ne correspond jamais à celle du rétrécissement. Le tact est le seul conducteur que le chirurgien doive employer : les diverses directions qu'il peut imprimer à la verge lui permettent de diriger la pointe de la bougie dans tous les sens, et de l'introduire dans l'ouverture du rétrécissement; mais pour cela il faut de la patience, toujours si nécessaire au chirurgien et indispensable dans le cathétérisme.

Cautérisations. Ducamp commençait la cautérisation par le rétrécissement le plus voisin du méat urinaire; de sorte que, quand l'urètre était le siége de plusieurs rétrécissemens, le traitement était long, et le malade était obligé d'en attendre la fin pour en ressentir les bons effets. Mais lorsque l'application du caustique était suivie d'inflammation, celle-ci, s'ajoutant au rétrécissement non dilaté qui se trouvait derrière, produisait une rétention d'urine complète. Dans le porte-caustique droit de *Ducamp*, la cuvette était fixée de manière que, quand on voulait cautériser circulairement, il fallait tourner l'instru-

ment entre ses doigt ; et comme la tige qui portait le caustique n'était pas fixée, la cuvette pouvait rentrer dans le conducteur lorsqu'on faisait éprouver le mouvement de rotation à l'instrument ; de plus, il était bien difficile de maintenir celui-ci contre le rétrécissement, et on s'exposait à cautériser la muqueuse saine. La longueur de la douille de platine empêchait que cette instrument pût servir dans la portion courbe de l'urètre : cette douille faisait qu'avec un instrument très-volumineux on ne pouvait employer que des cuvettes d'une médiocre grosseur ; en outre, celle-ci avait une longueur toujours égale; et quand plusieurs rétrécissemens étaient situés à côté l'un de l'autre, on ne pouvait les cautériser que successivement, tandis qu'il est utile de les cautériser d'un seul coup : par là on abrège le traitement, et on ne produit pas plus d'accidens que si on agissait sur une surface moins étendue. Mais l'une des plus grandes erreurs dans laquelle soit tombé *Ducamp*, erreur partagée par presque tous les chirurgiens, c'est d'avoir cru qu'un instrument flexible, droit, ne pouvait pas servir à cautériser dans la portion courbe de l'urètre : la théorie indique le contraire, et l'expérience vient à son appui. Un porte-caustique droit, flexible, prend la forme de l'urètre avec la plus grande facilité; s'il en était autrement, il serait impossible d'introduire une sonde droite en gomme élastique dans la vessie. Un semblable instrument s'arrange à toutes les courbures du canal; le caustique sort dans sa direction, entre dans l'ouverture du rétrécissement et ne le pousse pas devant lui. Il est bien facile de voir qu'un instrument à courbure fixe n'a pas les mêmes avantages, car la courbure de l'urètre n'est pas la même chez tous les individus ; de plus, il est bien difficile de placer cette sonde dans une situation telle que son extrémité laisse sortir le caustique dans la direction du canal ; et s'il ne sort pas dans ce sens, il pousse devant lui le rétrécissement et n'agit pas sur le point malade. Je ne dis pas qu'il en soit toujours ainsi ; mais il suffit que cela puisse arriver, et c'est ce qui arrive toutes les fois que des chirurgiens font jusqu'à quarante applications de caustique sur un seul rétrécissement; il suffit, dis-je, que cela puisse arriver, pour

qu'on doive rejeter ces instrumens courbes, puisque nous en possédons qui parent à tous ces inconvéniens.

Dilatation. Ducamp n'employait pas la dilatation avant d'appliquer le caustique. Quand il n'existe qu'un seul rétrécissement, et que son ouverture n'est pas très-petite, on peut s'en dispenser ; mais, lorsqu'il y en a plusieurs, il faut nécessairement les dilater jusqu'à ce qu'ils puissent recevoir une bougie d'une ligne et demie au moins, afin de pouvoir introduire dans le canal un porte-caustique, et commencer la cautérisation par l'obstacle le plus voisin de la vessie. Mais la dilatation est surtout nécessaire, et même indispensable, lorsque le rétrécissement est compliqué de fausse route : dans ce cas, il faut la continuer jusqu'à ce que le canal reçoive facilement une bougie de deux lignes de diamètre, et que l'ouverture de la fausse route soit oblitérée ; sans cela on pourrait engager le caustique dans celle-ci, l'augmenter, et rendre la guérison bien plus difficile. Mais si *Ducamp* négligeait d'employer la dilatation avant de cautériser, il la portait beaucoup trop loin après.

Son dilatateur à air ne servait qu'à faire souffrir les malades. Toute la partie de cette espèce de boyau qui se trouvait dans le point rétréci et en arrière de ce point ne se gonflait jamais ; à mesure qu'il le remplissait d'air ou d'eau, ce qui était très-difficile, il glissait vers la partie antérieure de l'urètre, dilatait les parties saines, sans agir en aucune manière sur le point malade.

La bougie à ventre offrait aussi de grands inconvéniens ; elle ne pouvait pas être introduite lorsqu'il existait plusieurs rétrécissemens : quand le rétrécissement n'était pas tout à fait détruit, il formait sur elle une rainure et la retenait en place ; mais, quand il avait été entièrement cautérisé, la bougie était chassée, tantôt en avant, tantôt en arrière du point rétréci, de sorte que la dilatation n'agissait que sur des parties qui n'en avaient pas besoin. Comme tout corps étranger arrêté dans l'urètre, elle produisait de vives douleurs. Ce n'est là que ses plus faibles inconvéniens ; car, jusqu'ici, nous ne voyons que

son inutilité : mais voyons si sous d'autres rapports elle ne serait pas nuisible. Le méat urinaire est rarement assez dilaté pour livrer passage à ces bougies à ventre, de sorte qu'il est nécessaire de l'agrandir. La cicatrice qui se forme après la cautérisation est un tissu nouveau qui n'a pas encore acquis toutes ses propriétés ; si on le dilate brusquement et outre mesure, on le déchire et on le dispose à de nouveaux rétrécissemens. D'ailleurs, les parties vivantes saines ne se laissent pas dilater comme celles qui sont privées de la vie ; et si on a obtenu quatre lignes et demie pour le diamètre du canal de l'urètre sur le cadavre, jamais sur le vivant il ne sera possible d'y faire passer des corps d'un diamètre semblable sans produire des déchirures, des hémorrhagies et des douleurs atroces.

Sonde à cautériser de M. Lallemand. Cette sonde diffère surtout des instrumens de *Ducamp* par son inflexibilité, et parce qu'au lieu de pousser le caustique dans le rétrécissement, c'est le conducteur qu'on fait remonter et qui laisse le caustique en contact avec le point malade. On se sert d'un instrument droit ou courbe, selon que le rétrécissement existe dans la portion droite ou dans la portion courbe du canal. Après avoir déterminé la longueur du rétrécissement, le diamètre de son ouverture, on introduit l'instrument jusqu'au point rétréci, puis on l'engage dans toute sa longueur ; alors on fait remonter le conducteur de toute la quantité nécessaire, et le caustique agit sur les parties malades. Si le rétrécissement circulaire est dans la portion droite du canal, on tourne l'instrument entre ses doigts ; s'il n'est placé que sur un côté, on dirige le caustique vers ce point. On se comporte de la même manière dans la portion courbe du canal ; mais alors on ne peut plus tourner la sonde ; ce qui force, quand le rétrécissement est circulaire, d'appliquer le caustique successivement en bas, en haut, et sur les côtés.

Je suis loin de croire que cet instrument n'ait pas été couronné de succès dans des mains aussi habiles que celles de son auteur ; mais je pense que dans les mains d'un autre chirurgien, même très-habile,

cet instrument est funeste, et cette conséquence je la tire de ce que j'ai vu.

Les désavantages de cette méthode, indiqués par la théorie, sont : 1°. d'être inflexibles, et de priver l'opérateur du sens du tact, toujours si nécessaire dans cette opération ; de sorte qu'il faut s'en rapporter aux mesures qu'on obtient, toujours si trompeuses et si variables : 2°. cette sonde ne s'engage pas facilement dans le point rétréci, de sorte qu'elle le pousse devant elle ; et quand on met le caustique à nu, celui-ci se trouve en contact avec la muqueuse antérieure au rétrécissement, et peut produire une fausse route.

TRAITEMENT DE M. *PASQUIER.*

Considération sur le cathétérisme.

Le cathétérisme est une opération si importante, si difficile dans une foule de circonstances, accompagnée d'un si grand nombre d'accidens, quand elle n'est pas faite convenablement, que je crois rendre un vrai service aux jeunes chirurgiens en faisant connaître les moyens dont M. *Pasquier* retire tant de succès dans sa pratique particulière.

Toujours arriver dans la vessie sans jamais s'écarter du canal de l'urètre, se mettre à l'abri de continuer une fausse route déjà commencée, occasioner le moins de douleur possible, voilà les problêmes qu'il s'agit de résoudre.

Ne jamais employer la violence, agir dans tous les cas avec lenteur, se servir d'instrumens toujours flexibles, tels sont les principales règles dont le chirurgien doit bien se pénétrer, et dont il ne doit jamais départir. En les suivant, s'il ne parvient pas toujours à une guérison radicale, au moins il améliorera constamment la position de son malade, et n'aura jamais à se faire le reproche de l'avoir aggravée.

La position que le chirurgien doit donner au malade n'est pas in-

différente pour le succès de l'opération ; autant que possible, il doit être debout, appuyé contre son lit. Si trop de faiblesse rendait cette position impossible, il faudrait alors le placer en travers sur un lit, les pieds sur deux chaises, de telle sorte que sa position soit à peu près semblable à celle d'un homme qu'on veut tailler. Dans le premier cas, le chirurgien doit être assis en face du malade ; dans le second, il doit être debout entre ses jambes. C'est toujours dans ces deux positions qu'on doit mettre le malade, quand on juge que le cathétérisme offrira de grandes difficultés. Mais si le malade est très-faible, si on craint de l'effrayer, si on juge que l'opération ne sera pas très-difficile, on l'approche sur le bord de son lit, en ayant soin de lui élever le siége. Dans ce cas, le chirurgien doit encore pratiquer le cathétérisme comme s'il était en face du malade ; en s'habituant à sonder dans cette situation, peu lui importe de se trouver à droite ou à gauche, jamais il n'a besoin de faire déranger les lits, comme cela est nécessaire pour celui qui, n'étant pas ambidextre, se met de côté pour pratiquer le cathétérisme. Mais l'immense avantage que procure cette situation, avantage dont ne peut jouir celui qui se place autrement, c'est de pouvoir mettre toujours en parallèle la sonde avec l'axe du corps, et d'apprécier mieux les directions obliques qu'elle pourrait prendre.

Les instrumens métalliques inflexibles ne devraient servir qu'à explorer la vessie, et, dans ce cas, il faut les prendre aussi lourds et aussi volumineux que possible, afin qu'ils puissent pénétrer pour ainsi dire par leur propre poids ; de cette manière, le malade éprouve aussi peu de douleur qu'il est possible de l'espérer, et le chirurgien ne craint jamais de produire des désordres dans l'urètre, désordres toujours si redoutables et toujours si faciles à occasioner. Mais on ne devrait jamais faire usage de ces instrumens lorsqu'il existe un obstacle dans l'urètre.

Rétention complète. Lorsqu'un homme portant un rétrécissement fait usage de substances irritantes, de cantharides, qu'il se livre à

des excès de femmes, de fatigue, de table, il s'expose à une rétention d'urine complète, et celle-ci existe déjà depuis quelque temps lorsqu'il réclame les secours de l'art. A cette époque, les accidens sont plus ou moins graves, et doivent diriger la conduite du chirurgien. Si les symptômes font apercevoir que l'écoulement immédiat de l'urine ne soit pas de toute nécessité, une saignée générale, des sangsues au périnée, un bain, des fomentations émollientes, des cataplasmes, tels sont les moyens qu'il devra employer, et qui pourront rétablir le cours de l'urine. Mais si ces moyens sont insuffisans, si les accidens font des progrès, ou si la rétention est très-avancée lorsque le chirurgien arrive, l'indication la plus importante, celle qu'il devra remplir immédiatement, c'est l'évacuation de l'urine. Pour cela, il devra pratiquer le cathétérisme, suivre les préceptes que j'ai indiqués tout à l'heure. Le malade doit être debout ou en travers sur son lit, comme je l'ai déjà dit. Le chirurgien, debout ou assis en face de lui, prend une bougie filiforme en cire et huilée, l'introduit dans l'urètre en exerçant des tractions sur la verge pour effacer les replis de la muqueuse qui s'opposeraient à son introduction, et redresser, autant que possible, les flexuosités naturelles de l'urètre. Arrivé au rétrécissement, il tâtonne, imprime à la bougie de petits mouvemens de traction et de ponction, en même temps qu'il dirige la verge dans différens sens. Lorsque, par la résistance qu'il éprouve en exerçant les mouvemens de traction sur la bougie, il juge qu'elle est engagée dans le point rétréci, il la laisse quelques instans en place, puis il la retire, et il est rare qu'elle ne soit pas suivie d'un jet d'urine, dont la sortie procure un grand soulagement au malade. Cette bougie, déjà si faible par elle-même, se trouve tellement ramollie par la chaleur de l'urètre, que ce serait perdre un temps précieux que de vouloir la faire pénétrer plus profondément; il faut lui substituer une bougie en gomme élastique, qui a non-seulement l'avantage de pouvoir être poussée successivement jusque dans la vessie, mais encore de dilater le rétrécissement par la résistance qu'elle lui oppose. Le chirurgien prend

donc une bougie en gomme élastique, très-grêle et bien huilée, qu'il introduit comme la précédente. Il s'aperçoit qu'elle est engagée dans le point rétréci, comme je l'ai dit tout à l'heure ; il la pouse davantage pour la faire arriver dans la vessie, ce qui arrive le plus ordinairement ; la laisse un quart-d'heure en place, la retire, et l'urine la suit ; alors il combat l'inflammation, et pratique le cathétérisme comme je viens de le dire, si cette opération redevient nécessaire. Mais il arrive quelquefois que cette bougie ne peut surmonter la résistance que lui oppose le col, car dans une rétention complète l'urine n'est pas seulement arrêtée par le rétrécissement, mais encore par le col de la vessie, qui est dans un état de spasme ou d'inflammation, généralement consécutif à la rétention ; il faut donc employer une force plus grande, et le mandrin devient indispensable. Après avoir laissé la bougie dans le rétrécissement pendant peu d'instans, il la retire, et quelques cuillerées d'urine la suivent ; il la remplace aussitôt par une petite bougie creuse cylindrique, dont il mesure d'avance la longueur sur un mandrin très-grêle et très-flexible ; dès qu'il la sent engagée dans le rétrécissement, il y fait passer le mandrin, bien huilé (j'insiste sur cette introduction du mandrin dans la bougie elle-même, ce n'est pas une des moindres difficultés de l'opération), puis il fait avancer l'instrument davantage, et lorsqu'il est arrivé au col de la vessie, il lui fait éprouver un mouvement de bascule pour le faire pénétrer dans cet organe, retire le mandrin et laisse la bougie en place pendant un quart-d'heure, malgré les instances du malade, qui veut qu'on l'en débarrasse pour satisfaire les envies impérieuses d'uriner. Au bout de ce temps il la retire, et l'urine s'écoule ; alors le chirurgien combat l'inflammation, et le cours de l'urine se rétablit à mesure que celle-ci disparaît. Mais il arrive souvent que des tentatives de cathétérisme ayant été faites, au moyen de sondes d'argent ou de gomme élastique qu'on a fait agir avec une violence peu mesurée, il existe déjà une ou plusieurs fausses routes plus ou moins profondes ; dans ce cas, l'opération est plus difficile, et, il faut l'avouer, offre quelquefois des

obstacles insurmontables. Dans un cas aussi embarrassant, le chirurgien doit encore suivre la marche que je viens de tracer, c'est le seul moyen de ne point augmenter les désordres. L'existence d'une fausse route se manifeste à lui par la direction vicieuse que prend la bougie, lorsque, la laissant dans la fausse route où il l'a engagée, il y fait passer un mandrin; le pavillon de celui-ci quitte la direction de l'axe du corps, se tourne à droite ou à gauche, ce qui dépend de la direction de la fausse route; on dégage l'instrument de celle-ci, on le met en parallèle avec l'axe du corps, et on fait toutes les tentatives nécessaires pour l'engager dans le point rétréci; je dis toutes les tentatives nécessaires, car il est impossible d'établir en principe les manœuvres que chaque cas exige, le chirurgien n'a plus pour guides que sa pratique et sa prudence. S'il est assez heureux pour réussir, il se comporte comme je l'ai indiqué; mais s'il échoue, devra-t-il employer le cathétérisme forcé? Non. Rien n'est si dangereux que cette opération; sans doute la force conduit quelquefois plus promptement dans la vessie que les moyens que je viens d'indiquer; mais dans une opération chirurgicale ne doit-on penser qu'aux accidens actuels, l'avenir ne doit-il pas attirer la sollicitude de l'homme de l'art? A quel prix le malade aura-t-il obtenu son soulagement? Les désordres locaux sont augmentés, son existence compromise; s'il échappe à la mort, il n'a plus en perspective que l'accroissement de ses infirmités. Dans une circonstance aussi fâcheuse, il faut faire la ponction de la vessie, opération simple, facile, exempte de dangers lorsqu'elle est faite à temps; elle pare aux accidens de la résorption sans augmenter les désordres de l'urètre; l'inflammation de celui-ci disparaît, bientôt il livre passage à l'urine, et on n'a plus affaire qu'à un simple rétrécissement. M. *Pasquier* fut dernièrement appelé auprès d'un homme qui, bien que n'ayant aucun rétrécissement de l'urètre, n'avait cependant pu être sondé par le chirurgien qui lui donnait ses soins; l'ischurie dépendait du spasme du canal, et le malade avait supporté deux fois la ponction de la vessie sans aucun accident. Si des corps aussi minces que les bougies dont je viens de

parler passent avec difficulté dans un rétrécissement, comment y introduire une algalie ou une sonde en gomme élastique? Voilà pourtant ce que tentent tous les jours des chirurgiens, voilà ce qu'ils conseillent de faire dans tous les cas ; mais voyons ce que ce précepte, déjà si dangereux dans des mains habiles, deviendra dans celles d'un homme peu habitué à l'opération du cathétérisme.

M. ....., capitaine au vingt-quatrième de ligne, avait eu plusieurs blennoragies; la dernière, qu'il eut en 1813, fut négligée, et, par la suite, aucun moyen ne put faire cesser l'écoulement; le jet de l'urine diminua de volume, il devint bifurqué et tournoyant. Depuis 1817 jusqu'à 1822, il fut traité trois fois par les sondes à demeure, qui laissèrent subsister l'écoulement et les douleurs que le malade éprouvait en urinant. Les deux premiers traitemens n'avaient été suivis que de quinze jours d'une guérison apparente. Le dernier traitement dura trois mois, et trois mois après les accidens recommencèrent; ils ne l'empêchèrent cependant pas de faire la campagne d'Espagne, pendant laquelle il eut une rétention complète, qui disparut d'elle-même au bout de quelques heures. Rentré chez lui, au mois de janvier 1824, il urinait avec difficulté, et souffrait beaucoup en satisfaisant à ce besoin. Le 15 juin suivant, il eut une rétention complète. C'est le malade qui va maintenant nous raconter son histoire ; je la transcris d'une note qu'il a bien voulu me communiquer.

« Ne pouvant introduire une bougie de la plus petite dimension, je me déterminai au cathétérisme forcé; je fis appeler un chirurgien en qui j'avais confiance, qui avait fait quelques belles opérations, et qui passait pour être heureux.

« M'étant couché dans mon lit, les jambes élevées, le chirurgien fit inutilement pendant près d'une demi-heure des efforts pour faire pénétrer plus avant que cinq pouces une sonde armée d'un fort mandrin. Nous prîmes du repos : je rendis beaucoup de sang par la verge. Une heure après, deuxième tentative : nous gagnâmes un pouce et demi ; j'éprouvai une forte douleur à gauche de la verge et

dans la cuisse du même côté. Je changeai de position, je m'assis sur mon lit, les jambes pendantes. Le chirurgien, assis en face de moi, fit une troisième tentative : la sonde fut introduite jusqu'au pavillon, et je ressentis une douleur horrible. L'urine ne venant pas par la sonde, on la retira, et le liquide, mêlé de beaucoup de sang, sortit par un petit jet. Pendant quinze jours que le chirurgien continua ses introductions, l'urine ne vint jamais par la sonde ; toutes les fois que je la retirais, et ce n'était qu'avec peine, je trouvais les yeux bouchés par de la chair et du sang.

« Les introductions devenant de plus en plus douloureuses, et la douleur de la cuisse gauche insupportable, je me déterminai, ainsi que le chirurgien, à en rester là, attendant avec résignation une mort qui serait le terme de mes souffrances, lorsqu'on me conseilla d'aller voir M. *Pasquier*. »

Le 5 juillet 1824, l'urine tombait goutte à goutte à la suite des plus violens efforts. La fausse route est reconnue ; une petite bougie parvint dans la vessie : elle rapporta deux empreintes, l'une à cinq pouces et demi, l'autre à six pouces trois lignes. Les jours suivans, on parvenait toujours dans cet organe, soit avec une semblable bougie, soit avec une bougie en gomme garnie d'un mandrin. Cinq applications de caustique sur le premier rétrécissement, quatre sur le second, suffirent pour les détruire.

Le 20 septembre, il est tout à fait guéri, et depuis ce temps pas de récidive.

M..... avait eu plusieurs blennorrhagies, qui furent suivies de rétrécissement. Atteint d'ischurie, il réclame les soins d'un chirurgien, qui tente le cathétérisme forcé au moyen d'une sonde en gomme élastique garnie d'un mandrin : l'instrument s'enfonce jusqu'au pavillon ; et, le mandrin étant retiré, l'urine ne s'écoule pas : le chirurgien, qui pense que les yeux de la sonde sont bouchés par du sang, la laisse en place et s'en va. Pendant son absence une hémorrhagie suivie de syncope se manifeste. Revenu à lui, le malade éprouve une forte envie

d'aller à la selle; il sent qu'un corps étranger est dans le rectum; ne pouvant l'expulser avec les efforts les plus violens, il passe le doigt dans cette intestin, saisit le corps étranger, le retire : c'est la sonde; aussitôt il urine. Rien de remarquable ne suivit ce fâcheux accident. Redoutant les mains d'un chirurgien, il garda son infirmité pendant onze ans, suivant le régime le plus régulier, pour éviter une rétention complète, toujours imminente. Les accidens font des progrès, et le forcent à demander les conseils de plusieurs chirurgiens, qui tous reconnaissent la fausse route et le rétrécissement, mais aucun deux ne peut parvenir dans la vessie. Les souffrances qu'il éprouve, les accidens d'une rétention complète qui le menacent à chaque instant, le décident à venir à Paris se confier aux soins de M. *Pasquier*. Le 23 avril 1827, jour où il se présente chez ce chirurgien, il fait les plus violens efforts pour expulser l'urine, qui coule par regorgement. Le jour même la fausse route est reconnue, et après de grands tâtonnemens, une bougie en cire arrive dans la vessie; celle-ci appporte l'empreinte de plusieurs rétrécissemens circulaires, très-prononcés en bas, de cinq pouces et demie à six pouces. Quatre applications de caustique suffisent pour les détruire. La première eut lieu le 5 et la dernière le 12 mai. Le 8 juin le malade pouvait introduire une bougie de trois lignes un quart; il était guéri et l'est encore aujourd'hui.

Rétrécissement sans rétention complète.

Un malade se présente avec un rétrécissement, mais il urine encore; ce cas est moins grave que le précédent, et le cathétérisme plus facile. Rien ne presse le chirurgien, il ne doit donc pas s'écarter des règles que lui prescrit la prudence; elles le conduisent aussi promptement et plus sûrement dans la vessie que ne peut le faire la violence, et cela sans produire aucun des accidens qui accompagnent ordinairement celle-ci.

Le malade étant placé debout en face du chirurgien, celui-ci l'engage à uriner pour juger, d'après la grosseur du jet, mais seulement

d'une manière approximative, du diamètre de l'ouverture du rétrécissement. Alors il prend une bougie en gomme élastique très-flexible et cylindrique, moins grosse que le jet de l'urine, l'introduit dans le canal, et si elle franchit le rétrécissement avec facilité, il la remplace aussitôt par une autre plus volumineuse. Mais une contraction spasmodique empêche quelquefois la bougie de s'engager aussi facilement dans le point rétréci ; quelquefois son contact avec le rétrécissement pendant quelques minutes fait cesser le spasme, et son introduction est facile. Presque toujours une bougie arrive facilement dans la vessie quand il n'y a pas de fausse route ; mais le contraire peut avoir lieu, car il y a des momens où l'on peut dire que l'urètre ne *veut* pas être sondé. Dans une pareille circonstance, il faut remettre l'opération à une autre heure du jour ou au lendemain : faire des tentatives outre mesure, ou bien fixer une bougie contre l'obstacle ne sert à rien, si ce n'est à faire souffrir le malade.

Mais si le rétrécissement est compliqué de fausse route, l'opération devient beaucoup plus difficile ; c'est alors que le malade et le chirurgien ont besoin d'une patience à toute épreuve : celui qui emploierait la force produirait des accidens, rendrait plus malheureuse la situation de son client. Ce dernier urine encore, il peut attendre ; il ne s'agit donc pas d'arriver immédiatement dans la vessie, mais de le guérir ; voilà le but qui ne doit jamais sortir de l'esprit, et pour lequel on doit tout sacrifier, peu importe le temps et les moyens qu'on emploie pour y parvenir. Toutes les tentatives que j'ai indiquées plus haut doivent être mises en pratique ; si elles ne réussissent pas, on engage le malade à uriner ; on saisit la verge au niveau de la fosse naviculaire, on comprime, pour faire accumuler l'urine dans le canal et affaisser l'ouverture de la fausse route ; alors on fait toutes les tentatives nécessaires pour s'engager dans le point rétréci, et si on y parvient une fois, on ne peut se flatter que le lendemain on sera aussi heureux : c'est dans une pareille circonstance que le mandrin devient d'une grande utilité. Les fausses routes existent presque toujours sous la symphyse des pubis à la paroi inférieure du canal,

quelquefois cependant à droite ou à gauche; tantôt elles sont formées par le soulèvement d'une petite portion de la muqueuse, d'où résulte une sorte de valvule dans le canal de l'urètre ; d'autres fois ce sont des sinus profonds produits par des instrumens qu'on pousse avec force et qui ont décollé la muqueuse. Les circonstances qui servent à en établir le diagnostic sont les suivantes : lorsque la bougie entre dans la fausse route, le malade ressent une douleur sourde répondant à l'anus, souvent cette douleur se répand dans la fesse et dans la cuisse gauche : je ne cherche pas à rendre raison de ce phénomène ; le chirurgien sent que l'extrémité de la bougie est saisie comme dans l'ouverture du rétrécissement; s'il engage le malade à uriner, celui-ci le fait avec presque autant de facilité que si aucun corps étranger n'existait dans le canal : cependant l'instrument est dans une ouverture, ce n'est donc pas celle de l'urètre. Lorsqu'on introduit une bougie dans le canal et qu'on y fait passer un mandrin, on voit le pavillon se dévier à droite ou à gauche, selon la direction de la fausse route. Outre ces caractères physiques, sensibles pour tous les hommes, il en est encore d'autres, mais que le praticien consommé peut seul apprécier; dire en quoi ils consistent, c'est ce que je ne sais pas; mais j'ai vu M. *Pasquier* annoncer l'existence d'une fausse route avec une simple bougie, et tous les caractères que j'ai indiqués venir confirmer son diagnostic. Pour éviter la fausse route et entrer dans l'ouverture du rétrécissement, il faut introduire une bougie dans le canal jusque sous la symphyse des pubis, y faire passer un mandrin, comme je l'ai déjà dit, puis faire osciller l'instrument entre les doigts, le retirer, le faire avancer successivement, diriger sa pointe dans tous les sens ; enfin il faut tâtonner. Il est impossible de dire les manœuvres qu'il faut faire, ce sont des choses qu'on sent et qu'on n'exprime pas : chaque cas exige une manière d'agir, c'est l'habitude de faire qui peut l'indiquer. Je me rappelle, à cette occasion, qu'un malade disait devant moi que, dans ce cas, il fallait avoir *la mémoire des doigts.* Celui qui n'est point habitué à faire cette opération pourra encore surmonter toutes les difficultés; mais,

pour cela, il faudra qu'il agisse avec lenteur et prudence, qu'il ne se décourage pas, qu'il revienne à l'ouvrage avec l'espérance de réussir un jour ; il existe une ouverture, il doit la rencontrer, il la rencontrera. Que si l'on me dit qu'en agissant ainsi l'opération est longue, que le malade ne peut connaître quel sera le terme de ses souffrances, je répondrai, qu'il vaut mieux bien le guérir en six mois que de le conduire en quelques jours aux portes de la tombe ou de le laisser ensuite dans un état plus déplorable qu'auparavant. Lorsque la première bougie est introduite dans le rétrécissement, on la laisse en place pendant une demi-heure après en avoir retiré le mandrin. Le lendemain on en met une plus grosse, et son introduction est plus facile que celle de la première, car on sait la manœuvre qu'elle exige ; mais, dans tous les cas, il faut n'introduire le mandrin dans la bougie que quand celle-ci a franchi la portion droite du canal.

Dès qu'une bougie arrive avec facilité dans la vessie, il faut prendre l'empreinte, et ce qu'il y a de mieux pour cet objet, c'est une simple bougie en cire, assez volumineuse pour ne franchir le rétrécissement qu'avec difficulté; introduite dans l'urètre, et laissée dans ce canal pendant dix minutes, elle en rapporte la forme la plus exacte qu'il soit possible d'obtenir sur elle; on remarque le nombre, la longueur, la disposition des rétrécissemens, et si, en faisant éprouver un léger mouvement de traction à la verge, on imprime sur la bougie une rainure avec l'ongle au niveau du méat urinaire, on sait tout de suite le point de l'urètre que chacun de ces rétrécissemens occupe et la distance qui les sépare, de sorte qu'on à toutes les données nécessaires pour appliquer le caustique sur chaque point malade et sur ce point seulement. Mais une petite bougie ne peut rapporter l'empreinte que des rétrécissemens les plus avancés; pendant le traitement, on en découvre d'autres qu'on cautérise à mesure qu'ils se présentent, et leur apparition n'influe en rien sur la longueur du traitement. Si un seul rétrécissement existe, on peut le cautériser immédiatement, ou le lendemain si le malade se trouve fatigué; mais, si on en découvre plusieurs avec une petite bougie, il faut les dilater

jusqu'à ce qu'il soit possible d'introduire dans le canal un porte-caustique d'une ligne et demie de diamètre, afin de pouvoir cautériser tous ces rétrécissemens le même jour, en commençant par celui qui est le plus voisin de la vessie; en agissant ainsi, le malade a le double avantage de se voir guéri en un temps aussi court que celui qui n'a qu'un rétrécissement, et de ne jamais être exposé aux accidens d'une rétention complète. Le cas où il est surtout indispensable de faire précéder la cautérisation de la dilatation, c'est celui où il y a complication de fausse route; dans une pareille circonstance, il faut la continuer jusqu'à ce que le rétrécissement puisse recevoir une bougie de deux lignes au moins, et qu'on soit toujours certain de parvenir dans la vessie; car on conçoit facilement les désordres que produirait le caustique introduit dans la fausse route, ce qui, malheureusement, arrive si souvent aux chirurgiens inhabiles, et ce qui a donné tant de détracteurs à la cautérisation. Pour faire cette dilatation, on se sert de bougies en gomme élastique, qu'on introduit tous les jours et qu'on laisse une demi-heure en place.

Maintenant il ne nous faut plus qu'un instrument convenable pour appliquer le caustique, et le plus propre à cette opération est celui qui peut être employé indistinctement et dans la portion droite et dans la portion courbe du canal, celui qui permet d'agir sur le point malade, n'importe quelle soit sa longueur et le diamètre de son ouverture, avec autant de précision que si ce point était sensible à la vue, sans craindre d'attaquer les parties saines. Cependant il ne faut pas croire que le succès de l'opération gît dans les instrumens seuls; le chirurgien doit lui apporter son tribut et ne pas se borner au simple rôle d'une machine impassible: la pratique, un grand développement du sens du tact lui sont nécessaires, et, à défaut de ces qualités, une grande envie de bien faire et beaucoup de prudence pour les acquérir.

Le porte-caustique de M. *Pasquier* est analogue à celui de *Ducamp*; en disant, mais seulement d'une manière brève, en quoi il consiste, on verra facilement leur différence : il est composé de deux par-

ties, la première qu'on peut nommer *conducteur*, et la seconde *tige porte-caustique*.

Le conducteur est formé par une sonde en gomme élastique ouverte à ses deux extrémités : l'une est fixée immédiatement sur une capsule en platine de deux lignes de long et d'un diamètre égal à celui de la sonde ; les bords de cette capsule sont rabattus en dedans, de manière à former une extrémité arrondie qui puisse être introduite dans l'urètre sans causer de déchirures : l'autre extrémité de la sonde est fixée sur un tube en platine, qui porte une petite vis de pression sur l'un des points de sa circonférence ; cet instrument est gradué, et les numéros sont placés sur le même plan que la vis de pression. Le diamètre n'est pas le même pour tous les conducteurs ; les plus petits ont une ligne et demie, les plus gros ont trois lignes ; mais entre ces deux extrêmes il y a une nombreuse série d'intermédiaires.

La tige porte-caustique est composée de deux parties, la tige proprement dite et la cuvette. La tige est formée par une bougie très-flexible en gomme élastique, portant à l'une de ses extrémités une petite vis en platine, et fixée de l'autre sur une tige carrée de même métal, terminée par un pavillon ; cette tige doit avoir une longueur égale à celle du conducteur.

Les cuvettes sont de petits cylindres en platine, qui portent, suivant leur longueur, une rainure pour placer le caustique ; elles portent aussi un collier qui les empêchent de sortir par l'extrémité du conducteur, mais elles n'ont point d'ailes qui s'opposent à leur mouvement de rotation quand elles sont engagées dans son ouverture. La longueur de ces cuvettes est très-variable ainsi que celle de la rainure ; celle-ci varie entre une ligne et demie et dix-huit lignes ; sa profondeur varie également de manière que la quantité de nitrate d'argent qu'elles contiennent ne soit pas la même pour toutes. Le diamètre de ces cuvettes est très-variable : les plus petites ont un volume égal à celui d'une grosse épingle, les plus grosses n'ont qu'une ligne et demie de diamètre. Pour se servir de cet instrument on fixe

la cuvette sur la tige, en sorte que la rainure corresponde à l'une des faces de cette tige, et on l'introduit dans le conducteur; on fait sortir la tête de la cuvette seulement d'une quantité nécessaire pour faire une surface arrondie, puis on fixe la tige au moyen de la vis de pression : c'est dans cet état qu'il faut l'introduire dans l'urètre.

Quoique cet instrument soit terminé par une petite capsule en platine, il ne doit pas moins être considéré comme flexible dans toute sa longueur, car la courbure de l'urètre appartient à une sphère assez grande pour que deux lignes de son étendue puissent être considérées comme faisant partie d'un canal droit; on peut donc l'employer indistinctement et dans la portion droite et dans la portion courbe du canal. Les grosseurs très-diverses de cet instrument font qu'il est toujours possible de commencer la cautérisation par le rétrécissement le plus voisin de la vessie, et qu'on en a toujours un dont le diamètre soit proportionnel à l'ouverture du point rétréci. L'intérieur du conducteur n'est pas garni, comme celui de *Ducamp*, d'un pas de vis en platine, qui le rendait inflexible dans une assez grande portion de son étendue, et qui faisait qu'avec des instrumens volumineux on ne pouvait employer des cuvettes que d'un petit volume; la petite vis de pression fixe la tige porte-caustique de manière qu'on n'a point à s'occuper de celle-ci, et qu'il est aussi facile de faire manœuvrer cet instrument qu'une simple sonde en gomme élastique. La grosseur variable des cuvettes fait qu'on peut cautériser tout rétrécissement, quel que soit le diamètre de son ouverture; de même leur variation de longueur fait qu'on peut cautériser un rétrécissement seul ou plusieurs rétrécissemens tellement rapprochés qu'ils semblent n'en faire qu'un; la profondeur de leur rainure permet d'employer la quantité de caustique qu'on juge convenable; le collier qu'elles portent les empêche de tomber dans l'urètre, si le hasard veut qu'elles se dévissent lorsqu'on imprime à la tige divers mouvemens; mais elles n'ont point d'ailes, d'où résulte ce grand avantage de pouvoir faire tourner la cuvette dans le rétrécissement sans déranger le conducteur, de sorte que celui-ci est maintenu contre le rétrécissement

de la manière la plus exacte, et qu'on n'a pas la crainte de voir le caustique agir sur la muqueuse antérieure au rétrécissement.

Maintenant nous avons donc tout ce qu'il est possible de désirer pour appliquer le caustique avec précision : mais comment nous y prendrons-nous ? Règle générale, il ne faut jamais appliquer le caustique pendant que l'urètre est le siége d'un écoulement de sang ; jamais il ne faut le faire avant d'avoir préparé le canal à recevoir le porte-caustique, au moyen d'une bougie qu'on laisse dix minutes dans l'urètre, et qu'on retire au moment de cautériser. Pour rendre l'opération aussi claire que possible, je vais supposer un rétrécissement à six pouces du méat urinaire, d'une ligne de long, circulaire, plus marqué à sa partie inférieure (ce qui est le cas le plus ordinaire), ayant pu recevoir une bougie d'une ligne et demie. On prend une cuvette d'une demi-ligne environ, et dont la rainure n'a qu'une ligne de long ; on la visse sur la tige, et on s'arrange de manière que la rainure corresponde à une face de la portion carrée de cette tige ; on l'introduit dans un conducteur qui a un peu plus d'une ligne et demie, et on la fixe, au moyen de la vis de pression, dans une situation telle que le caustique soit tourné vers la paroi inférieure de l'instrument, c'est-à-dire vers la partie diamétralement opposée aux numéros qu'il porte. On l'introduit dans l'urètre, toujours les numéros en haut, jusqu'a ce qu'on éprouve de la résistance, qui est produite par le rétrécissement, car le porte-caustique est assez volumineux pour ne le dépasser qu'avec difficulté ; on regarde les numéros et on voit qu'on est à six pouces : mais il ne faut attacher que peu d'importance à ces mesures, car elles sont presque toujours trompeuses ; il ne faut s'en servir que pour confirmer la justesse de ses sensations, elles seules peuvent empêcher de commettre des erreurs. Dès qu'on sent une résistance, et qu'on s'est assuré qu'elle est produite par le point rétréci, on fixe l'instrument dans ce point. En tournant la petite vis de pression, on rend la liberté à la tige porte-caustique, qu'on pousse et qui pénètre dans le rétrécissement ; on la laisse un instant dans cette situation, puis on la fait tourner sur son

axe, afin de cautériser le rétrécissement sur tous les points de sa circonférence. Quand tout le nitrate est dissous, ce qui exige de quinze secondes à une minute, on retire l'instrument; à cet effet, on enlève d'abord la tige porte-caustique, pour s'assurer que tout le nitrate contenu dans la cuvette est dissous. Mais, en le retirant, la cuvette agit comme une sorte de piston qui attire une petite quantité de liquide, mêlé de ditrate d'argent, dans le porte-caustique, et, pour empêcher celui-ci de tomber dans l'urètre, on bouche avec le pouce l'orifice de l'instrument, et on le tire en bas : en agissant ainsi, on n'a point la crainte de cautériser la muqueuse saine. Si le caustique ne pénétrait pas facilement dans le point rétréci, il faudrait retirer l'instrument, remettre l'opération à un autre jour. Quelque chose d'insolite s'oppose à la cautérisation; vouloir le surmonter par la force serait une grande imprudence, qui ne serait pas toujours sans danger.

L'application du caustique est peu douloureuse, et quelques heures se sont à peine écoulées, que déjà le jet de l'urine passe plus volumineux et plus facile. A quoi attribuer un changement si subit? Ne pourrait-on pas dire que l'application du nitrate d'argent apporte une modification propre à la vitalité de la muqueuse? car on ne peut certainement donner pour cause la diminution d'épaisseur des parois du canal, puisque ce n'est que le surlendemain que les escharres se détachent : cette circonstance est ordinairement accompagnée de dysurie; mais au bout de quelques instans le bouchon, comme le disent les malades, s'échappe, quelques gouttes d'urine sanguinolente le suivent, et le jet coule facilement. C'est le cas le plus ordinaire; mais il arrive quelquefois que l'escharre, adhérente encore par l'un de ses points, forme comme une soupape qui s'oppose entièrement à l'émission de l'urine; il suffit alors d'introduire avec beaucoup de ménagement une bougie très-flexible et très-fine pour achever de la détacher; elle revient coiffée de l'escharre.

Après cette première application, il faut rester deux jours sans rien faire, car rien n'est si facile à produire qu'une fausse route après la

cautérisation. Il faut donc se garder de passer des bougies dans le canal, et si on est obligé de le faire, pour détacher l'escharre, il faut employer une bougie très-fine et agir avec prudence.

Le troisième jour seulement, on introduit une bougie moins grosse que celle qui a servi à prendre l'empreinte avant d'appliquer le caustique; on la laisse un quart d'heure, et le lendemain on la remplace par une autre d'un plus grand diamètre, qu'on laisse une demi-heure. Le jour même on peut prendre une nouvelle empreinte, et cautériser ensuite avec un porte-caustique un peu plus volumineux que la dernière bougie qu'on a employée, et en rapport avec l'ouverture du rétrécissement. Après cette seconde application on se conduit comme après la première, puis une troisième, une quatrième, etc., en ayant soin d'employer des instrumens dont le diamètre soit proportionnel à l'ouverture du point rétréci, de telle sorte qu'on peut dire qu'à chaque fois qu'on cautérise il faut oublier pour ainsi dire ce qu'on a fait, et agir comme si on avait affaire à un nouveau malade dont le rétrécissement serait de moins en moins avancé. Telle est la marche qu'on doit suivre lorsqu'on est encore novice dans la pratique de cette opération; mais le praticien consommé peut agir autrement, et se servir de sa longue expérience pour éviter des douleurs au malade. La bougie d'empreinte, à cause de son volume, produit plus de douleurs que la cautérisation; il faut donc se dispenser de la prendre toutes les fois qu'elle n'est pas nécessaire. Lorsqu'on a appliqué le caustique une première fois, on peut être presque sûr que le rétrécissement n'est pas détruit, et la résistance qu'éprouve une bougie plus volumineuse que celle qui avait pris la première empreinte pour franchir le point rétréci confirme les présomptions qu'on a à cet égard; on peut donc appliquer le caustique une deuxième, une troisième fois, sans prendre d'empreinte : c'est ainsi que j'ai vu faire M. *Pasquier;* mais, avant d'arriver là, il faut devenir praticien.

Lorsque le rétrécissement est détruit, c'est-à-dire lorsque des bougies d'un diamètre presque égal au méat urinaire ne rapportent pas d'empreinte, on introduit tous les jours une bougie courbe en gomme

élastique, qu'on laisse une demi-heure en place, jusqu'à ce qu'elles soient assez volumineuses pour remplir le méat urinaire, ce qui dure ordinairement dix jours. On peut à cette époque regarder le traitement comme terminé, si une bougie en cire, remplissant parfaitement l'urètre, ne rapporte pas d'empreinte; mais on conçoit que les cicatrices nouvelles, suites de la cautérisation, tendent, si on les abandonne à elles-mêmes, à se rétrécir et à produire de nouveaux rétrécissemens, et dix jours ne suffisent pas pour qu'elles aient acquis toute leur perfection; il faut donc, à des époques éloignées, introduire des bougies. Il suffit de deux introductions le premier mois, et d'une seule les six mois suivans. Presque tous ceux qui prennent cette précaution sont guéris pour toujours. Il y en a, à la vérité, qui n'ont jamais eu de récidive, quoiqu'ils eussent été assez imprudens pour abandonner les bougies aussitôt après être sortis des mains du chirurgien; mais ces exemples sont rares. C'est donc avec surprise qu'on voit, dans l'ouvrage de M. *Lallemand*, que la dilatation est nuisible et rarement utile. Sans doute, si ce chirurgien avait vu ses malades long-temps après leur traitement, il aurait tiré des conclusions différentes : il donne même le conseil d'attendre que le rétrécissement manifeste de nouveau ses effets pour dilater; mais alors il est trop tard, on a perdu le fruit du premier traitement, il faut cautériser de nouveau. Nul doute que quelques personnes aient dû leur guérison à la seule cautérisation; mais ce sont des faits rares, des exceptions, et ce ne sont point eux qui doivent servir de base à des conclusions générales. La dilatation forcée est sans contredit inutile, même nuisible. J'en ai déjà parlé; mais c'est une chose si importante, que je dois encore dire quelques mots sur ce sujet. Le dilatateur à air n'agit jamais sur le rétrécissement; la bougie à ventre est ordinairement expulsée du point rétréci. Ces moyens ne servent donc qu'à faire souffrir le malade, à produire des hémorrhagies, la déchirure des parties saines et de la cicatrice, à préparer de nouveaux rétrécissemens. C'est toujours le méat urinaire qui doit servir de guide pour le degré de dilatation qu'on veut opérer : ce qui existe là peut

exister dans toutes les parties du canal ; lui préférer des mesures prises sur le cadavre est une absurdité. Comment espérer que des parties douées de la vie puissent se dilater comme celles qui en sont privées depuis long-temps? D'ailleurs, ce qui existe chez l'un doit-il exister chez l'autre? et la nature, qui semble se plaire à varier ses productions, se serait-elle montrée si bienveillante envers l'urètre, pour que ce canal fût semblable chez les divers individus, tout exprès pour que le même instrument pour le dilater soit applicable à toutes les personnes? Non, non, la nature ne se courbe pas aux caprices de l'homme; et, de même que dans tous les autres organes, elle produit des variations dans l'urètre. D'ailleurs défions-nous toujours de ces moyens mécaniques, si attrayans par leur simplicité; ils sont bons, sans doute, mais en théorie, et presque pour toujours l'expérience les réprouve.

Quand plusieurs rétrécissemens sont placés à côté l'un de l'autre, de manière à former une espèce de chapelet, comme je l'ai dit plus haut, on les cautérise d'un seul coup. Quand ils sont séparés, on les cautérise tous le même jour, en commençant par celui qui est le plus voisin de la vessie; et lorsqu'ils sont tous détruits on emploie une dilatation générale.

Quand un rétrécissement n'a été tourmenté par personne, qu'il n'est pas très-ancien, une seule cautérisation suffit quelquefois pour le faire disparaître. Il est rare qu'il faille employer le caustique plus de trois fois; et quand les chirurgiens cautérisent jusqu'à quarante fois le même rétrécissement, c'est qu'ils mettent le remède à côté du mal et font des fausses routes. Je vais rapporter une observation qui montrera combien peu il faut d'applications de caustique pour détruire un rétrécissement, avec quelle facilité le caustique produit une fausse route quand il est mal appliqué, et combien il faut de patience de la part du malade et du chirurgien pour remédier aux désordres produits par une main inhabile.

M. B*** fut cautérisé par la méthode de *Ducamp*; l'urètre fut

perforé ; un abcès urineux et une fistule périnéale en furent la conséquence. On crut devoir introduire des sondes dans la vessie pour guérir cette fistule ; mais on ne peut y parvenir. Plusieurs abcès urineux se forment successivement, et donnent lieu à autant de fistules ; l'urine sort à la fois, et par ces fistules, et en petite quantité par le méat urinaire. On revient aux tentatives premières ; la sonde s'engage dans toute sa longueur, et on la croit dans la vessie ; car la sonde donne passage à une assez grande quantité de liquide, qui est un mélange d'urine et de pus. C'est à cette circonstance qu'on doit attribuer l'erreur dans laquelle sont restés les chirurgiens qui laissèrent le malade dans cette situation pendant dix-huit mois. Il est dans un état désespéré ; ses amis l'engagent à appeler M. *Pasquier*. Ce chirurgien introduit une sonde dans le canal ; elle donne passage à une matière purulente et urineuse. Laissant l'instrument en place, il engage le malade à pisser ; de l'urine presque pure sort par le canal, il n'en sort pas par la sonde ; le doigt, introduit dans le rectum, démontre que la sonde est entre la vessie et cet intestin. Secondé par la patience du malade, il parvient, au bout de quinze jours, à introduire une bougie capillaire dans la vessie. Enfin, lorsqu'il peut introduire une bougie de deux lignes, il fait trois applications de caustique : en moins de deux mois les fistules étaient guéries, le rétrécissement détruit, la santé et l'embonpoint revenus.

Lorsqu'un rétrécissement est compliqué de fistules, il faut le dilater, ne jamais laisser la sonde à demeure, l'introduire toutes les fois que le malade veut uriner ; par ce moyen on guérit des fistules que les sondes à demeure avaient entretenues pendant trop long-temps, et lorsqu'elles sont fermées on cautérise le rétrécissement.

Les reproches qu'on a faits à la cautérisation sont-ils admissibles ? L'expérience a prononcé : il suffirait de rapporter une longue série d'observations pour prouver combien peu sont fondés ses détracteurs ; mais ce moyen serait trop long : examinons plutôt leurs raisonnemens, et voyons s'ils n'auraient pas pour base des faits mal ou faussement interprétés.

1°. La cautérisation est douloureuse, elle produit une vive inflammation et une rétention complète. On ne conçoit pas comment des auteurs ont pu s'exagérer ainsi les inconvéniens de la cautérisation. En chirurgie, l'expérience avant tout, et certainement ce n'est point elle qui a pu conduire à de pareilles conclusions ; loin de là, elle les réprouve et en démontre tous les jours la fausseté. Sans doute, ces inconvéniens peuvent quelquefois se manifester, mais cela doit être bien rare, car quelques centaines de malades que j'ai vu cautériser ne m'en ont point offert un seul exemple.

2°. La maladie est revenue après la cautérisation, et plus intraïtable qu'auparavant, quoiqu'on ait appliqué un grand nombre de fois le caustique. Oui, certainement, elle est revenue plus intraitable, je dirai plus, même incurable, et justement parce qu'on a appliqué un trop grand nombre de fois le caustique. Ce grand nombre d'applications prouve qu'elles ont été mal faites, que souvent on a fait des fausses routes, et qu'on n'a pas toujours su remédier aux désordres qu'on a produits. N'est-il pas évident que, dans cette circonstance, on a chargé la cautérisation de ce qui n'appartient qu'à l'inhabilité de l'opérateur, ou aux imperfections du procédé et des instrumens qu'il a mis en usage?

M. B..... avait un rétrécissement dans la portion antérieure de l'urètre, sur lequelle on fit trois cents applications de caustique environ par la bougie armée. Il s'adressa ensuite à *Ducamp*, et plus tard à M. *Pasquier*. On reconnut dans la portion droite du canal un rétrécissement de quinze lignes de longueur, résultat probable des nombreuses applications de la bougie armée. On emploie le caustique latéral, on découvre un deuxième rétrécissement à six pouces; on le cautérise, et, à la fin du traitement, le canal peut recevoir une bougie de deux lignes trois quarts. La guérison n'est qu'apparente, car aussitôt que la bougie est retirée, le canal revient sur lui-même, et chaque fois que le malade veut uriner il est obligé d'introduire une sonde. Fatigué de ces opérations continuellement nécessaires, dans lesquelles il échouait quelquefois, et s'apercevant que la rétention

était produite par le rétrécissement de la portion antérieure du canal, il se décida à le maintenir dans une dilatation permanente au moyen d'un bout de sonde de trois pouces de long, qu'il laissa à demeure dans l'urètre et qu'il renouvella de temps en temps; il s'y accoutuma si bien qu'il lui est arrivé quelquefois de la laisser en place pendant l'acte du coït.

3°. Le caustique est une arme dangereuse dans des mains inhabiles, j'en conviens; ce que j'ai dit tout à l'heure le prouve, et on ne peut trop le répéter. Qui a jamais eu l'idée de rejeter la phlébotomie du pli du bras, parce que certains chirurgiens ont eu la maladresse ou l'imprudence d'ouvrir l'artère brachiale? Faut-il abandonner l'opération de la taille périnéale parce qu'un homme incapable aura ouvert le rectum? Certainement, si on veut rejeter la cautérisation parce que le caustique peut produire de fâcheux accidens quand il est mal appliqué, il faudra rejeter toutes les autres opérations chirurgicales, qui peuvent toujours entraîner des accidens quand elles sont mal faites, et parce que tout instrument de chirurgie est dangereux dans les mains d'un homme qui ne sait pas s'en servir.

4°. Des rétrécissemens sont revenus après la cautérisation faite le plus méthodiquement possible; certainement cela s'est vu, et dans plusieurs circonstances : d'abord le rétrécissement peut avoir été détruit, mais la personne s'est exposée de nouveau aux mêmes causes qui avaient produit la première maladie; dans ce cas c'est un nouveau rétrécissement qui se produit. Je ne vais pas discuter ce sujet sous ce point de vue, car il est certain qu'on n'exige pas de la cautérisation qu'elle change la constitution de l'individu, et j'ai établi que celle-ci est la cause essentielle des rétrécissemens. Mais une autre circonstance, c'est qu'un rétrécissement peut revenir après avoir été cautérisé; ce fait est rare, mais il existe; et devra-t-on rejeter l'emploi du caustique pour détruire les rétrécissemens parce qu'il compte quelques exemples d'insuccès ou de récidive? on n'en a pas le droit. Quel homme raisonnable voudra jamais rejeter le quinquina du traitement des fièvres intermittentes, parce qu'on l'a vu échouer dans un

petit nombre de cas? et ici la comparaison n'est pas forcée. Pourquoi donc la cautérisation a-t-elle suscité tant de discussions? Ne voyons là qu'un travers de l'esprit humain, qui fait qu'on tâche toujours de rabaisser les découvertes des autres, peut être aussi le chagrin de convenir que pendant long-temps on a enseigné des erreurs, faiblesse dont les meilleurs esprits ne savent pas toujours se garantir. Que de peine *Hervey* n'eut-il pas pour faire adopter la théorie de la circulation? Quelle lutte n'eut pas à soutenir *Lavoisier* pour démontrer l'absorption de l'oxygène dans la combustion? Mais le temps a fait justice des préventions injustes qu'on avait opposées à ces théories, monumens indestructibles du génie de leurs auteurs. De même la cautérisation a eu ses détracteurs; elle leur a répondu par des succès, et malgré les complications malheureuses dont l'ont surchargée, dans ces derniers temps, la plupart de ses partisans, on peut la considérer comme une des plus belles découvertes dont s'est enrichie la chirurgie.

CONCLUSIONS.

1°. Les rétrécissemens sont dus à une cause inconnue dépendante de la constitution, et qui produit ses fâcheux effets sous l'influence d'une cause accidentelle.

2°. La blennorrhagie est la cause déterminante la plus fréquente des rétrécissemens; mais toute cause qui produit une inflammation dans l'urètre agit comme elle.

3°. La nature des rétrécissemens est variable; ce sont toujours des indurations de la muqueuse, mais le plus souvent elles sont surmontées de brides ou de cicatrices.

4°. Les ulcérations de l'urètre sont plus fréquentes que ne le disent certains auteurs; mais elles ne ressemblent pas aux ulcères des autres parties, ce qui fait sans doute qu'on les a méconnues pendant long-temps. On peut les détruire par le caustique, et prévenir les rétrécissemens qui en sont la conséquence.

5°. L'écoulement de la blennorrhagie chronique est dû non-seulement à ces ulcérations, mais encore à l'inflammation chronique d'une portion plus ou moins grande de la muqueuse urétrale ; il est possible de la faire cesser et d'éviter ainsi la production des rétrécissemens.

6°. Comme on emploie les injections contre un écoulement qui peut être dû à des altérations variables, on ignore leur manière d'agir dans la production des rétrécissemens.

7°. La dilatation par les sondes à demeure ne produit ordinairement qu'une guérison momentanée ; elle est longue, douloureuse, rend les rétrécissemens plus difficiles à détruire, en fait développer de nouveaux, produit une foule d'accidens : c'est donc un moyen qu'on doit rejeter dans presque tous les cas.

8°. Le cathétérisme doit toujours être pratiqué avec ménagement. Le cathétérisme forcé est une opération dangereuse, inutile, incertaine dans ses résultats, et qu'on doit bannir de la chirurgie.

9°. La cautérisation seule est rarement suivie de succès ; il faut la faire précéder de la dilatation pour les raisons que j'ai indiquées; il faut la faire suivre par elle, afin de prévenir la récidive.

10°. La bougie armée ne trouve que rarement son application ; il faut la rejeter toutes les fois que le canal n'est pas entièrement oblitéré.

11°. Le traitement de *Ducamp* est préférable, cependant il offre de grandes imperfections.

12°. Les reproches qu'on adresse à la cautérisation ne sont pas fondés ; la manière dont M. *Pasquier* la pratique la rend exempte de dangers : elle réussit mieux que tous les autres moyens que j'ai vu mettre en usage ; je l'adopte dans l acception la plus rigoureuse de ce mot et sans restriction.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

IV.

Facilius est potu repleri quàm cibo. *Sect.* 2, *aph.* 11.

V.

Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.